



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

RENATA ANTONÁCCIO

IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À SUA
CONDIÇÃO DE ADOECIMENTO E AO TRATAMENTO

CAMPINAS
2017

RENATA ANTONÁCCIO

IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À SUA
CONDIÇÃO DE ADOECIMENTO E AO TRATAMENTO

Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade
Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a
obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, na Área de
Concentração: Enfermagem e trabalho

ORIENTADOR: PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA RENATA ANTONÁCCIO, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS.

CAMPINAS
2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Antonáccio, Renata, 1965-
An88i Idoso com insuficiência cardíaca : significados atribuídos à sua condição de adoecimento e ao tratamento / Renata Antonáccio. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Claudinei José Gomes Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Envelhecimento. 4. Insuficiência cardíaca. I. Campos, Claudinei José Gomes, 1963-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Elderly patients with heart failure: meanings assigned to their condition of illness and treatment

Palavras-chave em inglês:

Nursing

Older people

Aging

Heart failure

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Claudinei José Gomes Campos [Orientador]

Cristina Arreguy de Sena

Edna Aparecida Barbosa da Castro

José Luiz Tatagiba Lamas

Elenice Valentim Carmosa

Data de defesa: 14-07-2017

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO
RENATA ANTONÁCCIO

Orientador: PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

UNICAMP

2. PROF^a. DR^a. CRISTINA ARREGUY DE SENA

UFJF

3. PROF^a. DR^a. EDNA APARECIDA BARBOSA DE CASTRO

UFJF

4. PROF. DR. JOSÉ LUIZ TATAGIBA LAMAS

UNICAMP

5. PROF^a. DR^a. ELENICE VALENTIM CARMOSA

UNICAMP

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DATA DA DEFESA: 14/07/2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos idosos que, em um momento de dificuldade, colaboraram com a pesquisa e me receberam. Sem a valiosa contribuição deles, não teria sido possível realizar esse sonho.

Aos meus pais, já falecidos, que teriam grande orgulho e felicidade com esta conquista.

À minha irmã, Solange Antonaccio, que esteve sempre presente, apoiando-me e acreditando em meu potencial.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente.

Ao grande professor e orientador Claudinei por ter aceitado me orientar. Sempre acolhedor, calmo, confiante, compreensivo e amigo. Um exemplo de profissional e de ser humano.

Às amigas professoras Anna Maria de Oliveira Salimena e Edna Aparecida Barbosa de Castro por terem me apoiado e incentivado em momentos difíceis de minha vida, em que tentava vencer a depressão decorrente da perda de meus pais. O apoio dessas pessoas me incentivou a iniciar e a continuar o curso de doutorado.

Aos professores doutores, titulares e suplentes, que aceitaram fazer parte da minha banca.

Às enfermeiras Andréia Bertocchi Maia, Vera Regina Altomar e Mara Lúcia W. S. Daldegan dos hospitais que abriram as portas para me receber de forma muito acolhedora. Agradeço a amizade.



***“Mais do que máquinas precisamos de
humanidade.
Mais do que inteligência precisamos de afeição
e doçura.
Sem essas virtudes a vida será de violência e
tudo estará perdido”. Charles Chaplin***

RESUMO

Título: Idoso com insuficiência cardíaca: significados atribuídos à sua condição de adoecimento e ao tratamento

Com a mudança ao longo dos dois últimos anos do perfil de morbimortalidade da população idosa, a doença cardiovascular representa hoje, no Brasil, a maior causa de morte. Existem estudos sobre a insuficiência cardíaca no idoso com enfoque na área biológica, porém há escassez de trabalhos que abordem o problema pela ótica do próprio idoso doente. Assim objetivamos estudar os significados de ser portador de insuficiência cardíaca sob a ótica de pacientes idosos. Trata-se de um estudo que empregou a metodologia clínico-qualitativa. Os sujeitos foram idosos a partir de 60 anos de idade, com insuficiência cardíaca, atendidos em dois hospitais. Utilizamos as técnicas de entrevista não dirigida e observação participante para coletar dados e o método de análise de conteúdo para analisá-los. Para ancorar esta pesquisa, o referencial teórico utilizado foram os estudos desenvolvidos por Perestrello e a psicossomática de Mello Filho. Participaram da pesquisa 11 idosos. Após as análises, emergiram duas categorias: **“O Significado de estar com insuficiência cardíaca”**, com as **subcategorias**: 1. O sentido iminente da morte e o medo de morrer. 2. Do desamparo vivido ao amparo familiar. 3. Aspectos emocionais que antecedem a cirurgia e a necessidade de comunicação; e a **segunda categoria “Tratamento recebido durante a hospitalização”**, com a subcategoria: 1. Cuidado humanizado num hospital, 2. Equipe multidisciplinar e comunicação. Percebemos que por estarem doentes e terem que passar por cirurgia cardíaca, surgiram emoções que os colocaram em uma condição de limitação, tanto física como mentalmente que lhes causou tristeza, medo de morrer e angústia pelo desconhecido. Pudemos observar que a comunicação, quando não estabelecida de forma adequada e clara, não facilita o entendimento do paciente ao que lhe é dito, deixando-o com medo e ansioso, a ponto de fazê-lo desistir do tratamento. No que tange à forma como foram tratados pelos profissionais no hospital, no período de internação, os idosos relataram respeito, zelo e carinho, além de postura alegre, atenção, dedicação de alguns minutos de conversa e educação no convívio com eles. Destaca-se como resultado importante e curioso o fato de não necessariamente apresentarem extrema preocupação por

estarem fisicamente incapacitados devido à doença ou por serem idosos, mas com o fato de que a morte os afastaria do convívio com seus familiares. Trata-se de um sentimento inverso de perda, uma vez que demonstram subliminarmente a necessidade de afeto imediato dos seus familiares. Os idosos do estudo têm espírito jovem e objetivos para as suas vidas. Assim sendo, concluímos que deve ser aperfeiçoada a comunicação dos profissionais de saúde com o idoso portador de insuficiência cardíaca, por meio do ensino de técnicas que os auxiliem a manter um canal de comunicação mais efetivo. Torna-se importante a manutenção do acolhimento, percebido nas falas dos pacientes, quando se referem à equipe de saúde, e a capacitação da equipe de enfermagem para um cuidado humanizado. Fundamental também que o trabalho multiprofissional seja cada vez mais uma realidade.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Envelhecimento; Insuficiência Cardíaca.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

ABSTRACT

Title: Elderly patients with heart failure: meanings assigned to their condition of illness and treatment

Over the past two years following some shifts in the morbidity and mortality profile of the elderly population, cardiovascular disease is currently the leading cause of death in Brazil. There are a number of studies focusing heart failure among the elderly specifically in the biological area, but there seems to be a lack of research approaching the subject from the perspective of the elderly patient himself/herself. Thus our purpose is to investigate the meanings of being a patient with heart failure considering the older population. This is a study using the clinical-qualitative methodology among elderly people aged over 60 suffering from heart failure assisted in two hospitals. Non-directive interviews, participant observation and the method of content analysis were used to collect data and analyze them. As a theoretical framework the studies carried out by Perestrelo as well as Mello Filho psychosomatics approach were used. Eleven elderly participants joined the research. Following the analysis, two categories have emerged: **"The Meaning of being a heart failure patient"**, with some **subcategories**: 1. The sense of our impending death and the fear of dying. 2. From experiences of helplessness to family support. 3. Emotional Aspects arising before the surgery and the need for Communication; and the **second category**: **"Treatment provided by the health team to the hospitalized patient"** with the subcategory: 1. Treatment for hospitalized elderly: care with humanization, multidisciplinary teamwork and communication. As a result, it was observed that due to the fact that they are ill and facing the need to undergo a cardiovascular surgery some emotions came to the surface creating conditions of physical and mental limitation which may be the cause of sadness, fear of death and anguish of the unknown. We could note that when communication does not happen properly or clearly, the understanding process becomes more difficult for the patient, causing fear, anxiety and even a wish to abandon treatment. The patients' experience about how they were treated during the hospitalization period involves respect, caring and affection delivered by nursing technicians, registered nurse, physician, cleaning and catering service employees. They spent time with professionals who maintained a positive attitude, providing attention, talking to them and demonstrating politeness during the interaction. As an

interesting finding we may remark that they express deep concern not about being physically disabled because of the disease or advanced age, but rather due to the fact that if they die they will no longer be among their families which constitutes a backward sense of loss. Besides they demonstrate an underlying need to get more affection from family members and felt mentally renewed, ready to reach goals in life.

We conclude therefore that communication with the patient should be improved by means of teaching techniques that enable professionals to keep a more effective communication channel open with regard to the understanding of illness and treatment in elderly heart failure patients. It becomes relevant to make patients feel cared, as it was mentioned by them approaching the health team, and prepare the nursing team to provide humanized care allowing multiprofessional teamwork to be increasingly feasible.

Descriptors: Nursing; Elderly; Aging; Heart Failure.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características sociais e demográficas dos idosos entrevistados. Juiz de Fora, 2016.....	38
Quadro 2. Apresentação das categorias e subcategorias	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
ISSO	International Organization for Standardization
MG	Minas Gerais
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNHAH	Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Definindo a temática e o problema de pesquisa	16
1.1.1	Motivações para o estudo e tema pesquisado	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	O envelhecimento da população e a insuficiência cardíaca	19
2.2	Aspectos psicossociais do idoso com Insuficiência Cardíaca: uma doença crônica	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	25
4	PRESSUPOSTOS	26
5	OBJETIVOS	27
5.1	Objetivo geral	27
5.2	Objetivos específicos	27
6	PERCURSO METODOLÓGICO	28
6.1	Metodologia	28
6.2	Método	28
6.2.1	Características do Método Clínico-qualitativo	29
6.3	Local de estudo	31
6.4	População e composição da amostra	32
6.5	Técnica e instrumento da coleta de dados	33
6.6	Questão da entrevista	35
6.7	Aspectos éticos	35
6.8	Procedimentos de coleta de dados	35
6.9	Técnicas e processo de análise dos dados	36
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
7.1	Caracterização dos sujeitos	38
7.2	Apresentação e discussão das categorias	40
7.3	O Significado de estar com insuficiência cardíaca	40
7.3.1	O sentido iminente da morte e o medo de morrer	40
7.3.2	Do desamparo vivido ao amparo familiar	44

7.3.3	Aspectos emocionais que antecedem a cirurgia e a necessidade de Comunicação.....	48
7.3.4	Tratamento ao idoso quando hospitalizado.	54
7.4	Cuidado humanizado num hospital	54
7.5	Equipe multidisciplinar e comunicação	58
8	CONCLUSÕES	63
9	REFERÊNCIAS	66
10	APÊNDICES	74
	Apêndice 1. Instrumento de coleta de dados	74
	Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
	Apêndice 3. Termo de Confidencialidade e Sigilo	76
11	ANEXOS	77
	Anexo 1. Documentos que autorizam a realização da pesquisa no hospital de atendimento geral e em cardiologia de Juiz de Fora – MG	77
	Anexo 2. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definindo a temática e o problema de pesquisa

1.1.1 Motivações para o estudo e tema pesquisado

Para falar sobre meu envolvimento com o tema insuficiência cardíaca (IC), faz-se necessário apresentar um breve relato sobre o meu interesse em ter desenvolvido esta pesquisa. O cuidado a idosos hospitalizados sempre me despertou interesse, exigindo de mim mais do que uma simples execução de tarefas, uma vez que requer também dedicação e comprometimento.

A cada cuidado realizado aos pacientes idosos, percebia que havia particularidades na apresentação dos sintomas das doenças em cada um. Aprendi, ao longo dos meus estudos e com os cuidados a esses idosos, que muitos sintomas apresentados por eles não deveriam ser considerados sempre como próprios do processo de envelhecimento.

Foi no setor de clínica médica de um hospital de ensino de Juiz de Fora – MG, no desenvolver da prática das Disciplinas Enfermagem Saúde do Adulto e Estágio Curricular Supervisionado II, nas diversas especialidades, juntamente com meus alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, que a frequência de ocorrência de uma situação chamou minha atenção: a reinternação de pacientes idosos com IC.

Estes, quando estão descompensados organicamente, necessitam de cuidados específicos de enfermagem e da equipe de saúde devido ao quadro que apresentam, bem como do uso da tecnologia ligada a equipamentos e do saber fazer.

Cabe ressaltar que um dos cuidados:

[...] compõe-se de tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a humanidade ajudando a pessoa a encontrar sentido na doença, no sofrimento, na dor e na existência, e para ajudar o outro a alcançar conhecimento e de manter equilíbrio emocional (1).

É importante salientar também que a interação enfermeiro-paciente é um dos fatores que favorecem a ação do cuidado. Esse processo de interação ocorre por meio do diálogo, da escuta sensível (1).

Logo, surgiu o meu interesse na atuação do enfermeiro e da equipe de saúde diante desse cenário. Destacamos a importância de o enfermeiro saber avaliar as complicações que o paciente idoso pode apresentar, dar assistência de forma eficiente, ter domínio ao manipular os equipamentos modernos que fazem parte do tratamento com qualidade, mas também perceber e intervir conforme as especificidades de cada doença e o significado que possa ter para o idoso, levando em consideração a singularidade do sujeito que sofre. Sendo assim, os enfermeiros necessitam ampliar a compreensão científica de fenômenos acerca da vida e da doença, tais como vivenciados e simbolizados por seus pacientes (2).

É importante saber compreender o significado da IC para o idoso hospitalizado de maneira que possamos somar o conhecimento e ter uma enfermagem atuante e capaz de identificar as necessidades de assistência de maneira mais ampla e integral. Captar o significado do mundo do indivíduo nos possibilita descobrir “onde os elementos são constituídos, se na própria vida intrapsíquica ou advindos através de mecanismos de assimilação do meio” (3).

Devemos “viver, sentir ou captar em profundidade” (2) as angústias e ansiedades que pode a pessoa com IC manifestar de forma significativa. Para corroborar com essa concepção, apresentamos a definição de Amatuzzi para o termo vivido: “[...] é a nossa reação interior de forma imediata àquilo que nos acontece [...]” (4).

Portanto, é preciso ouvir e compreender o que realmente é dito pelo indivíduo daquilo que vai além dos significados, com isso, o enfermeiro pode oferecer os cuidados com eficácia, com base em sua percepção (4). Essa é uma via de acesso ao mundo do indivíduo, essencial nas ações de enfermagem, por possibilitar ao enfermeiro conhecer, avaliar e orientar o paciente durante a ação do cuidar.

Diante do exposto, para subsidiar este estudo, apresentamos a definição de Insuficiência Cardíaca dada por Moreira e Coutinho (5): “síndrome clínica na qual o coração é incapaz de manter a perfusão tecidual adequada às necessidades metabólicas teciduais”.

É também uma complicação grave, progressiva e irreversível, que pode comprometer a maioria dos pacientes cardíacos, especialmente aqueles com doença coronária, hipertensão arterial, valvulopatias ou miocardiopatias (6).

Apesar do progresso no conhecimento da fisiopatologia e dos avanços no manejo clínico da IC, esta continua sendo um dos maiores problemas de saúde

pública do mundo (7). Internações e reinternações de pacientes com IC grave ocorrem frequentemente (5).

Desta maneira, o recorte temático para esta pesquisa será o significado que os idosos portadores de Insuficiência Cardíaca atribuem ao seu processo patológico e ao tratamento da enfermagem e da equipe de saúde oferecido a eles.

Para conhecer essa faceta, é necessário um estudo metódico sobre os idosos com IC. Sendo assim, estabelecemos como problema de pesquisa com a seguinte discussão: qual o sentido de ser portador de uma doença crônica evolutiva como a insuficiência cardíaca e ao seu tratamento?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O envelhecimento da população e a insuficiência cardíaca

Observamos o crescimento da população idosa e conseqüentemente o potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de insuficiência cardíaca (IC). O envelhecimento da população é um dos grandes desafios da saúde pública na contemporaneidade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), mostrou que o “total de idosos na população brasileira cresceu de 7,4% para 12,1%”. E estudo realizado “com apoio do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Ministério da Saúde indica que o Brasil será, em 2030, um País majoritariamente de idosos” (8).

O Portal da Saúde, em 1º de outubro de 2016, no Dia Internacional do Idoso, salienta:

[...] O Brasil possui a quinta maior população idosa do mundo, com cerca de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. [...] De acordo com estimativas, em 2030, o número de brasileiros com 60 anos ou mais ultrapassará o de crianças de 0 a 14 anos de idade (9).

Segundo as *Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS* (10), o Brasil está envelhecendo de forma rápida e veemente. O Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 aponta que a população idosa no Brasil é “composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do país. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem” (10).

A condição de ser idoso deve ser compreendida em sua totalidade porque se trata de um fenômeno biológico com conseqüências psicológicas, considerando que certos comportamentos são apontados como característicos da velhice. Ser idoso tem uma dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o “tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história. Assim, a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; também como um fato cultural” (11).

Vale ressaltar que o idoso é susceptível ao desenvolvimento de doenças crônicas e de incapacidades. Para melhor compreensão do significado de incapacidade, destacamos a definição apresentada por Oliveira e Pedreira (11): “ É a dificuldade para a realização das atividades de vida diária. Com isso o idoso poderá ter problemas como depressão, isolamento e dependência”.

Sendo assim, devemos considerar o idoso em sua singularidade, com o objetivo de preservar a sua independência. As doenças crônicas são um dos principais problemas das pessoas idosas, geralmente elas apresentam até três doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes e obesidade e isso é a principal causa de internação hospitalar, devido à descompensação da insuficiência cardíaca (12).

Entre essas doenças, vale destacar a insuficiência cardíaca que, por ocorrer principalmente na velhice, prejudica a qualidade de vida. Com isso, estar doente e ser hospitalizado vai gerar ao idoso um impacto em sua vida, fazendo-o ter mudanças de valores e refletir sobre o que é essa doença e quais suas consequências.

No Brasil, a insuficiência cardíaca é o terceiro motivo de internação entre todas as causas e o primeiro entre as doenças cardiovasculares (DCV) no Sistema Único de Saúde (SUS), em pacientes acima de 65 anos (13). Vale destacar que a baixa qualidade de vida, o risco de mortalidade precoce e os altos custos para o sistema de saúde são os resultados encontrados em muitos trabalhos publicados acerca do acometimento desta doença. As manifestações clínicas mais presentes em pacientes portadores de insuficiência cardíaca descompensados estão relacionadas, principalmente, a quadros de “insuficiência cardíaca congestiva, [...] com um percentual de 80,7% nos pacientes admitidos em unidade de emergência” (12).

As modificações na estrutura e na função do sistema circulatório que ocorrem com o envelhecimento facilitam o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que podem tornar o envelhecimento *malsucedido* (14):

[...] o envelhecimento se acompanha do aumento da incidência morbidade, mortalidade e piora da qualidade de vida relacionadas às doenças cardiovasculares. O idoso é mais vulnerável e apresenta comportamentos heterogêneos e peculiares, pois sofre a influência de fatores sociais, econômicos, ambientais e das comorbidades. Conseqüentemente, para o idoso com cardiopatia recomenda-se avaliação diferenciada e intervenções individualizadas, levando em consideração os limites das diretrizes (14).

Apesar de as intervenções serem acompanhadas de riscos maiores, elas não devem ser sonegadas em função apenas da idade do paciente. As condutas devem levar em conta múltiplos aspectos, como biológicos, psicossociais e as expectativas do paciente e de sua família” (14).

Houve uma mudança significativa no perfil de morbimortalidade da população ao longo dos anos, prevalecendo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como as doenças cardiovasculares. No presente trabalho, destacamos a doença cardiovascular, que representa, no Brasil e no mundo, a principal causa de morte. Avaliou-se que cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2012, sendo 7,4 milhões decorrentes de doenças coronarianas (15).

Como já mencionado, no Brasil, a insuficiência cardíaca, é o terceiro motivo de internação entre todas as causas e o primeiro entre as doenças cardiovasculares (DCV) no Sistema Único de Saúde (SUS), em pacientes acima de 65 anos, o que eleva os custos com essa doença (13).

A insuficiência cardíaca é a fase final comum de doença cardiovascular, afeta cerca de 5 milhões de americanos, sendo considerada uma epidemia global. É uma condição incapacitante, dispendiosa e crônica e mais prevalente na população idosa. Dois milhões de pessoas vivem com insuficiência cardíaca, 80% com 65 anos de idade (16).

A gravidade da insuficiência cardíaca se deve ao fato de vir sempre acompanhada de outras doenças decorrentes da sua complicação. Ressaltamos que a insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica resultante da incapacidade do coração em suprir a necessidade de sangue aos tecidos periféricos pela falência de bomba do mesmo (17). Os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca (IC) provocam limitações e dificuldades para as pessoas que convivem com as alterações e as restrições que sacrificam o cotidiano da pessoa portadora dessa doença (18).

Os resultados de um estudo mostram que, de acordo com a gravidade da IC, a sua etiologia e a sua trajetória, pode ser uma doença de evolução e sem esperança de cura. Pacientes com IC geralmente apresentam sintomas progressivos, tais como falta de ar, fadiga e angina, que são debilitantes, acentuam o sofrimento psicológico, associado com redução da qualidade de vida (19).

A miocardiopatia grave é uma síndrome que se desenvolve com a modificação cardíaca, desencadeando o aumento do seu volume e de sua estrutura,

especificamente do ventrículo esquerdo com dilatação da valva mitral. O comprometimento da função cardíaca fica grave, levando a pessoa a desenvolver a insuficiência valvar mitral. Com a piora da cardiomiopatia dilatada, o coração fica cada vez mais comprometido, o que leva a uma deformação do ventrículo esquerdo (20).

A sobrecarga crônica de volume nesses pacientes traz

[...] importantes adaptações cardíacas, entre elas um aumento das câmaras esquerdas e aumento da massa do ventrículo esquerdo (VE). A sobrecarga de volume tende a diminuir o relaxamento e aumentar a complacência do VE com uma função diastólica “supranormal” em corações com função ventricular preservada (20).

A sobrecarga de volume agindo de forma crônica na insuficiência mitral faz com que haja um aumento do átrio esquerdo, provocando nos pacientes a disfunção atrial e arritmias (21).

As doenças valvares possuem singularidades na população idosa; a valvopatia comum nesta população tem como principal etiologia a degeneração valvar por um processo de calcificação progressivo a partir dos 60 anos de idade. Os idosos são mais predispostos a apresentar calcificação e fibrose da valva mitral. A própria longevidade aumentada permite que lesões, a princípio leves, evoluam para estenose mitral significativa (14).

2.2 Aspectos psicossociais do idoso com Insuficiência Cardíaca: uma doença crônica

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente aumento das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (22). O agrupamento dos fatores que interferem no processo de envelhecimento humano, como os aspectos ambientais, a saúde física e mental, influencia na qualidade de vida do idoso, sendo estes pontos fundamentais para os índices de morbimortalidade (23).

As doenças crônicas não transmissíveis retratam uma crescente demanda de atenção à saúde, exigindo novas formas de monitoramento epidemiológico. O envelhecimento contribui cada vez mais para os riscos de aparecimento dessas doenças, que são consideradas uma epidemia na atualidade, um problema de Saúde

Pública global. É importante destacar que as causas do grande número de internações são as doenças pulmonares, a insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares (24).

Cabe salientar que a velhice pode ser caracterizada como uma diminuição geral da capacidade funcional para realizar atividades da vida diária (AVDs) e, por conseguinte, os idosos se tornam mais dependentes do seio familiar. Podem ter perda da autoestima, percepção da mudança de papéis na sociedade e entre seus familiares. Vivenciam ainda perdas da autonomia e dos contatos sociais (25).

Muitos idosos com doenças crônicas podem apresentar dificuldades na realização das atividades de vida diária (AVD) e em suas atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As AVD são tarefas que uma pessoa realiza para o autocuidado, como tomar banho, vestir-se, andar, comer, mover-se na cama, ter o controle dos esfínteres. As AIVD referem-se à capacidade do idoso *administrar* o ambiente em que vive, como preparar refeições, fazer as atividades domésticas, manusear dinheiro, usar o telefone, ser capaz de tomar remédios, fazer compras, usar transportes para se locomover) (26).

Nesse sentido, quando há necessidade de internação do idoso, isso pode lhe causar alteração, como agitação, necessitando de cuidado da equipe de enfermagem. Sendo assim, o papel do enfermeiro é relevante nesse momento por ajudar o paciente a enfrentar as dificuldades em torno da doença (27).

Vale destacar que outras alterações podem surgir, como as psicológicas: medo, ansiedade e tristeza. Estas representam um impacto negativo na manutenção da autonomia do idoso, assim como resultam em distúrbio do sono, influenciando na qualidade de vida. Tudo isso decorrente das mudanças impostas pela doença, que provoca limitações para a manutenção do estilo de vida, desejado para garantir a sua autonomia e independência (28).

A cardiopatia no idoso pode gerar um quadro de depressão, por ser uma doença incapacitante, e, por conseguinte, o isolamento social. O abandono a que são expostos alguns idosos pode influenciar a ocorrência de depressão. Nesse sentido, torna-se difícil para o idoso o enfrentamento de eventos estressantes como a sua doença, principalmente quando ele se sente socialmente isolado. Portanto, destacamos que o suporte social é um facilitador nesse caso, uma vez que resulta em pensamentos positivos para o bem-estar do mesmo (29). Sendo assim, é importante

que os profissionais envolvidos na assistência do idoso trabalhem em equipe para atender às necessidades biopsicossociais em diversos níveis de complexidade (30).

O sentimento de tristeza, “desamparo, alterações do apetite, distúrbio do sono, falta de energia, alterações do humor estão associados ao transtorno depressivo. Destarte, é necessária uma abordagem multiprofissional para esse idoso e o apoio de seus familiares” (31).

O adoecimento já constitui um acontecimento que gera ansiedade e insegurança na pessoa, levando, algumas vezes, a alterações comportamentais expressivas, além do fato de a rotina poder ser modificada em diversos aspectos. Estes vão desde as necessidades mais básicas do idoso até sua autoestima e autopercepção (32).

Reiteramos a necessidade de atendimento multiprofissional ao paciente idoso durante a internação. Há que ser considerado que muitos idosos, apesar de estarem com uma doença crônica, são pessoas ativas socialmente. Durante a internação, a independência e a sua autonomia podem ficar comprometidos. A circunstância do idoso de estar vulnerável e frágil, associada ao ambiente hospitalar, à insegurança do processo da doença, vai restringi-lo em suas atividades, reduzir a sua capacidade de decisão e pode levar a perda da individualidade e da capacidade de tomar decisões sobre o seu cuidado e tratamento (33). “Ao adoecer, a pessoa não é apenas vulnerável, mas suscetível a um possível agravamento. Assim, a incapacidade física, psíquica ou intelectual constitui um aspecto da vulnerabilidade, o qual caracteriza a situação de dependência” (33).

Na atenção psicológica dada ao idoso, muitas vezes,

[...] uma conversa de cinco minutos já pode ser considerada um momento humano significativo [...] mas para isso é preciso se concentrar na pessoa que está à sua frente, dedicando a ela toda sua atenção. O idoso precisa sentir-se amado e não um fardo para a família (34).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico básico aplicado para ancorar esta pesquisa foram os estudos desenvolvidos por Perestrello e Mello Filho.

Perestrello (35) acredita que a doença se torna um modo de a pessoa expressar os conflitos internos. Possui um caráter singular ligado à relação da pessoa com seu mundo. O autor ainda destaca que o ser humano é “um sistema aberto, em constante interação com o seu meio. Sendo assim, o adoecer é uma das manifestações do homem com seu ambiente”. Busca compreender a subjetividade da pessoa, sua história de vida. Não privilegia a doença ou o órgão, mas a pessoa com seu jeito de sentir, de pensar e agir.

A doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É uma forma de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, ele coexiste, uma vez que o ser humano não é um sistema fechado, e o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo. Mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, pois o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que palavras.

Mello Filho, em sua obra *Psicossomática Hoje*, abrange o trabalho não só do médico, mas também de outros profissionais da saúde, como o psicólogo, o enfermeiro, o assistente social, entre outros. Valoriza a equipe multidisciplinar, abrangendo o ensino ou a prática de qualquer tipo de fenômeno de saúde e de interações entre pessoas, como a relação profissional-paciente, as relações humanas dentro de uma família ou de uma instituição de saúde, a questão das doenças agudas e crônicas, o papel das reações adaptativas ao adoecer, a invalidez, a morte, os recursos terapêuticos. A psicossomática é hoje uma prática que visa tratar doentes e não a doença (36).

4 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos teóricos iniciais que subsidiaram este estudo são:

- O diagnóstico de uma doença grave e progressiva pode gerar frustrações, incapacidade física ou mental e desestruturação psicológica no idoso;
- A adaptação à restrição funcional imposta pela insuficiência cardíaca produz sensação de perda, que reflete sua nova situação de vida;
- As limitações impostas pela doença muitas vezes não são aceitas pelo idoso.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Estudar os significados atribuídos pelo idoso à vivência de ser portador de uma doença grave e progressiva como é a insuficiência cardíaca (IC), bem como a sua experiência em receber o cuidado, o tratamento dispensado pela equipe de saúde.

5.2 Objetivos específicos

- Interpretar os significados que o idoso atribui a sua condição de portador de IC;
- Compreender a vivência que o idoso tem sobre como é ser tratado pela equipe de saúde quando se está hospitalizado.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Metodologia

A metodologia de pesquisa dá sentido à forma como o pesquisador irá investigar, conhecer, buscar os caminhos que o levarão a responder os seus objetivos. Optamos por escolher a metodologia qualitativa em função de melhor atender a nossa temática de estudo e à realidade que buscamos compreender.

A metodologia escolhida para este estudo permite ao pesquisador conhecer “a significação, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes mais profundos dos processos e fenômenos para os que vivenciam” (37). Trabalhar numa vertente qualitativa pressupõe “entender e interpretar os sentidos e significações” (38) que uma pessoa dá aos fenômenos. Por fenômenos entendemos aquilo que se mostra (38). “[...] é trazer para a luz do dia, pôr no claro [...] é o meio em que alguma coisa pode vir a se revelar e a se tornar visível em si mesma” (2).

6.2 Método

O método utilizado para esta pesquisa foi o clínico - qualitativo (2). A opção por esse método se deu por entendermos que o objeto deste estudo (idosos com insuficiência cardíaca – IC) engloba um conjunto de fenômenos que apresentam uma polissemia, ou seja, grande número de significados e necessitaria de um arsenal metodológico que pudesse dar amparo para seu entendimento.

Assim a compreensão dos significados no âmbito biopsicossocial que o indivíduo atribui a esta experiência necessitaria de um método capaz de comportar e atender estes vértices. O método clínico qualitativo é “[...] concebido como meio científico de conhecer e interpretar as significações de naturezas psicológicas e psicossociais [...]” (2) “[...] com valorização das angústias e ansiedades [...]” (38).

O método clínico-qualitativo é definido por Turato (3) como:

[...] o estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade) (3).

Este método é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural (*settings* de saúde), e mostrando-se particularmente útil nos casos em que tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil (3). Tal característica complementa significativamente o aspecto de acolhimento ao sofrimento e visão de mundo destes idosos sobre a temática eleita para esta investigação científica.

O pesquisador também procura um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde/doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com suas vidas. Por fim, observa o global de sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou desmentir o falado (2).

Podemos conceituá-lo como um “[...] conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos” (3).

6.2.1 Características do Método Clínico-qualitativo

Apresentaremos de maneira sucinta, as principais características do método clínico-qualitativo proposto por Turato (2):

- **Sentidos e significações:** é considerado o centro do âmago para os pesquisadores qualitativistas, pois fazer a sua interpretação é o foco principal. A experiência com uma doença ou sinais e sintomas desperta sentidos na pessoa que os vivencia. É pertinente trazer a definição da palavra sentido, que vem do latim *sensus* e significa “sentir, perceber. [...] Um mal-estar, um sintoma físico ou mental, uma doença... têm sentidos podendo ser percebidos pelo próprio sujeito ou pelo observador”. E

significação, que vem do latim *significatus*, *signum*, ou seja, uma marca, um sinal, aquilo que *representa*. É o querer dizer (2).

- **Ambiente natural como local necessário:** É o ambiente adequado para coletar os dados já que se trata do lugar onde a pessoa vivenciou o seu processo clínico.
- **Valorização das angústias e ansiedades existenciais como fundamentais:** o entrevistador deve particularmente identificar a presença da angústia e ansiedade na pessoa, não somente no aspecto psicológico-psiquiátrico, mas também e principalmente no aspecto existencialista, que acaba por limitar a vida da pessoa. A fala e o comportamento de uma pessoa revelam possível angústia e ansiedade que devem ser percebidas e acolhidas pelo pesquisador qualitativista.
- **Valorização de elementos psicanalíticos como ferramentas básicas:** como contribuição de Freud, o pesquisador deve utilizar alguns elementos da psicanálise para adentrar adequadamente no setting de uma entrevista. O mesmo ocorre com a psicologia dos cuidados da saúde, que vem emprestar conceitos para serem utilizados como ferramenta. Pensamos, também, na psicologia médica, referindo-se a uma prática investigadora psicológica com conceitos trazidos da psicanálise.
- **Pesquisador como instrumento principal da investigação em campo:** o pesquisador possui uma evidência importante na entrevista. Nesse caso, o instrumento de trabalho do entrevistador é ele próprio, uma vez que participa da relação interpessoal (39).
- **Pesquisador como bricoleur no trato com a pesquisa:** é quando o pesquisador ou o cientista possui a concessão de produzir sua teoria formada de partes do campo, ou seja, ele reúne novos elementos que encontra e que servem para o objeto que está compondo sem ter a rigidez do projeto inicial.
- **Processo como norteador do interesse do pesquisador:** o termo processo vem do latim e significa *ação de avançar*. Para o pesquisador

qualitativista, a prioridade, o relevante é o processo, ou seja, é procurar saber como os fenômenos ocorrem e as suas relações.

- **Saberes teóricos e práticas como pontos simultâneos de partida:** o pesquisador utiliza a literatura para apreender e aprender de modo sistematizado o seu conhecimento. O mesmo ocorre com as observações empíricas realizadas em sua vida profissional acumuladas e das experiências vividas e adquiridas na prática cotidiana não necessariamente sistematizada.
- **Raciocínio indutivo e dedutivo como métodos sequenciais de trabalho:** Morse e Field citados por Turato (2) colocam que na pesquisa qualitativa, a teoria é para explicar as relações observadas da maneira como elas emergem a partir dos dados. Já no método dedutivo, os conceitos e hipóteses são derivados, as relações são observadas durante o processo de codificação dos dados.
- **Validade dos dados como força do método:** a maior força nos estudos qualitativos está na validade dos estudos, que é o que é apreendido pela consciência do pesquisador, colocando o método qualitativo em posição de alto respeito. Ludke e André citados por Turato (2) O que se espera do estudo qualitativo “não é que os observadores isentos cheguem às mesmas representações dos mesmos eventos, mas que haja alguma concordância de que essa forma de representação da realidade é aceitável mesmo que temporariamente”. Podem existir outras representações aceitáveis, no entanto, o importante é a flexibilidade que se deve ter, admitindo que outras representações podem ser sugeridas.

6.3 Local de estudo

Os cenários utilizados para a coleta dos dados foram dois hospitais. Um deles, aqui denominado hospital A de Juiz de Fora – MG, realiza cerca de 18 mil cirurgias por ano. Além de sua tradição, filantropia, modernização permanente e qualidade no atendimento ao longo de sua trajetória, esse hospital tornou-se o maior

da Zona da Mata mineira. É um hospital de referência para toda a região, exigindo a contratação de profissionais qualificados.

Possui sistema de Gestão de Qualidade com base no programa 5S em todos os setores e atende toda a região da Zona da Mata. É referência em transplantes de órgãos, além de ser hospital de ensino certificado pela ISO 9001, acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Oferece Residência Médica em Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Endocrinologia e Metabologia, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Traumatologia e Pediatria.

Nesse cenário, as entrevistas ocorreram no setor de cardiologia, no sexto andar, onde havia pacientes internados com o diagnóstico de insuficiência cardíaca (Anexo 1).

O segundo hospital, aqui denominado hospital B, também conhecido como Hospital do Coração, possui equipamentos modernos, médicos especialistas e realiza os mais avançados procedimentos em Hemodinâmica, Cardiologia Intervencionista e Cirurgia Cardiovascular. Também possui uma equipe de saúde qualificada nas diversas áreas em que atua. Esse hospital é considerado o Centro de Alta Complexidade para Tratamento em Oncologia.

Nesse cenário, as entrevistas ocorreram no setor de clínica médica, no quarto andar, onde havia um paciente internado com o diagnóstico de insuficiência cardíaca (Anexo 2).

6.4 População e composição da amostra

De acordo com a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, Capítulo I, Artigo 2º, é considerada idosa a pessoa maior de 60 anos de idade (40).

Tendo em vista o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, compusemos nossa amostra com pessoas idosas a partir dessa idade, com insuficiência cardíaca. Não foi feita distinção quanto a sexo, cor, classes e grupos sociais. Os pacientes foram escolhidos de forma intencional, a partir do diagnóstico de insuficiência cardíaca em seu prontuário.

Após a autorização do hospital (A) e do hospital (B) e a aprovação pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa, foi realizado um agendamento com as

enfermeiras chefes responsáveis técnicas de cada hospital para a apresentação do projeto. As enfermeiras me receberam de forma acolhedora e com simpatia, ambas me levaram para conhecer o setor onde foram coletados os dados e para me apresentar à enfermeira responsável por esse setor e aos técnicos de enfermagem. Para que fosse garantido o meu acesso aos setores, foi confeccionado um crachá de identificação como pesquisadora.

Destarte, meu acesso aos referidos hospitais pôde ocorrer em qualquer dia da semana, respeitando, de preferência, o horário estabelecido, ou seja, após a visita dos familiares dos pacientes, às 14h. A partir desse momento, iniciei a minha aproximação do cenário de campo e dos pacientes.

A amostra foi composta de dez participantes que se encontravam internados no sexto andar, setor de cardiologia do hospital A e um paciente internado no quarto andar do hospital B, todos com atendimento oferecido pelo SUS, totalizando 11 participantes. Durante o período das entrevistas, no hospital B houve apenas um paciente internado com o diagnóstico de insuficiência cardíaca. O critério de inclusão foi ser idoso a partir de 60 anos de idade, de ambos os sexos, portador de IC, consciente, orientado no tempo e espaço. Foram excluídos do estudo idosos que não estavam em condições clínicas para participar da entrevista.

A técnica utilizada para o fechamento amostral foi a saturação teórica dos dados, ou seja, a partir do momento que as respostas começaram a se repetir com frequência, as entrevistas foram interrompidas para a captação de novas informações, ou seja, ocorreu a suspensão da inclusão de novos participantes (41).

6.5 Técnica e instrumento da coleta de dados

O trabalho de campo foi realizado em vários momentos e com flexibilização de técnica para a coleta dos dados. Nessa etapa, buscamos as informações necessárias sobre o objeto de estudo (42,43).

Para tal, utilizamos entrevistas não dirigidas para coletar os dados, momento em que ocorre o envolvimento do pesquisador no cotidiano de um grupo ou pessoa. A interlocução com o idoso para descobrir a que ele atribui as situações que vivenciou possibilita a análise das respostas dadas em diferentes situações (41–43).

Para melhor compreensão, apresentamos a definição de entrevista não dirigida:

[...] Entrevista não dirigida (ou não estruturada) para a pesquisa clínico-qualitativa têm indicado dois aspectos específicos deste instrumento de coleta de dados: seu intento exploratório e seu caráter de assimetria. Quanto menos dirigida as entrevistas puderem ser mais eficientes se apresentarão. Essa assimetria tem sido definida como uma relação humana que deve permitir a livre manifestação dos entrevistados [...] (41).

A coleta de dados foi realizada também por meio da técnica de observação “ampla e livre das reações dos sujeitos durante a entrevista que são as mais indicadas para o presente modelo de pesquisa” (2), a mais indicada para o tipo de pesquisa que empreendemos. Ela permite obter mais informações já que pesquisadores muito distantes da realidade das atividades diárias dos sujeitos da pesquisa não conseguem obter dados complementares de importância.

Vale destacar que a utilização da técnica de observação permite captar a subjetividade e o significado dos sujeitos e o envolvimento em campo de acordo com o surgimento de situações e necessidades dos sujeitos da pesquisa e do pesquisador (42,43).

Para o registro das entrevistas, utilizamos gravador e foram feitas anotações das manifestações não verbais. As entrevistas e a observação ocorreram na própria enfermaria e leito do paciente por estarem dispneicos, por apresentarem cansaço aos esforços e também por estarem fazendo uso de oxigênio por cateter nasal. Vale destacar que o uso da entrevista não dirigida propiciou também a oportunidade de observação das manifestações não verbais ocorridas durante este processo. Utilizamos a letra E de entrevista e um número para especificar a ordem dessa entrevista. Ex: E1.

O conteúdo das observações de campo foi registrado minuciosamente, o mais breve possível, para que os detalhes não fossem perdidos, preferencialmente, logo após a saída da pesquisadora do local a fim de que não houvesse comprometimento na interação entre esta e o sujeito da pesquisa (38).

6.6 Questão da entrevista

Diante desse contexto, para a realização da entrevista, foram elaboradas as seguintes questões desencadeadoras: O que significa para você estar com IC? Como você tem sido tratado pela equipe de saúde? (Apêndice 1).

6.7 Aspectos éticos

Participaram da pesquisa as pessoas que, após serem convidadas, aceitaram voluntariamente e formalmente a sua inclusão neste estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

O paciente teve que ter capacidade de discernimento para dar o seu consentimento livre e esclarecido, e a vontade de não participar foi respeitada, conforme dispõe a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (44). Também foi garantida a não utilização das informações referentes aos participantes de forma indevida com respeito a seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, foram sempre respeitados (Apêndice 3).

Este estudo obedeceu às normas de Pesquisa com Seres Humanos, instituídas pela referida Resolução (44). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (Anexo 2), sob o parecer nº 1.258.655 e CAAE: 44967715.7.0000.5147.

6.8 Procedimentos de coleta de dados

A primeira etapa, concebida como a entrada inicial (pré-entrada) no campo de pesquisa, para ambientação por meio de uma observação assistemática, foi para conhecer o local: o posto de enfermagem, a sala onde ficavam os prontuários dos pacientes e computadores, as enfermarias e sua distribuição, os profissionais de

enfermagem e os pacientes. Foi importante para apreender a rotina do setor e os costumes.

A segunda etapa foi a escolha intencional dos sujeitos a serem entrevistados para responderem aos objetivos propostos (2). Posteriormente, sucederam as visitas aos pacientes, que contabilizaram um total de 11 entrevistas. Estas ocorreram de segunda a sábado, com intervalos de aproximadamente duas semanas para cada nova entrevista, com duração média de 13 minutos, respeitando a condição clínica do paciente. As entrevistas foram realizadas no período de abril a junho de 2016, após a visita dos familiares que acontecia às 14hs, portanto a partir das 14h30.

Nos contatos com os participantes da pesquisa, foram realizadas simultaneamente a entrevista e a observação assistemática. Destacamos que da observação assistemática pudemos anotar todas as informações que não faziam parte do material formal de entrevista de grande importância na avaliação dos dados qualitativos desta pesquisa.

Assim, as entrevistas transcorreram tranquilamente na enfermaria onde o paciente estava internado. A comunicação estabelecida foi de respeito e confiança entre entrevistadora e entrevistado. Ouvi atentamente, mas de forma ativa, demonstrando ao entrevistado meu interesse em sua fala, em suas emoções. Realizei novos questionamentos quando necessário, confirmando com gestos que o estava ouvindo atentamente e externando que queria compreender suas palavras, suas emoções, mas sem influenciar o seu discurso. Procurei demonstrar atenção sobre detalhes que julguei serem importantes e fiquei atenta às expressões faciais, gestos e posturas utilizadas pelo entrevistado.

6.9 Técnicas e processo de análise dos dados

Os dados coletados por meio das entrevistas foram integrados e avaliados por meio de análise de conteúdo, a qual se preocupa em descrever “aquilo que está por trás das palavras” (45). Mais do que descrever, fizemos também o que Turato (2) chamou de *inferência*, ou seja, “discutir e inferir a partir dos dados trabalhados”.

As entrevistas foram organizadas de forma a facilitar a interpretação dos dados, classificando-os por categorias semelhantes, além de serem lidas e relidas quantas vezes fosse necessário a fim de serem codificadas. Foram também transcritas na íntegra e colocadas em um banco de dados em computador.

Todos os dados e informações registrados no *i-phone*, no diário de campo e na observação durante o processo fizeram parte da análise. A análise de conteúdo tem sido utilizada no campo da saúde e passa pela seguinte etapa: leituras *flutuantes* das entrevistas, de modo a se familiarizar com o material, as quais fazem parte de uma fase chamada pré-análise. A pré-análise de um texto possibilita estabelecer um primeiro contato, analisar e conhecer o mesmo. “Ler, reler o texto até que se chegue ao estado de impregnação do que ele contém, não apenas explicitamente, mas também no desvelar das entrelinhas” (2). É o contato exaustivo com o material coletado, deixando-se impregnar pelo conteúdo.

Após essa etapa, dá-se o momento de se proceder à categorização, ou seja, classificar os elementos segundo o critério de repetição que ocorre em cada discurso, bem como a sua relevância implícita. Posteriormente foi realizada a validação externa da análise dos dados, por meio do julgamento do orientador.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir foram apresentados a caracterização dos participantes e as categorias temáticas com suas respectivas unidades de significados.

7.1 Caracterização dos sujeitos

A amostra constituiu-se de 11 idosos com insuficiência cardíaca internados em dois hospitais de Juiz de Fora – MG.

Quadro 1. Características sociais e demográficas dos idosos entrevistados. Juiz de Fora, 2016

Código	Idade	Sexo	Atividade atual	Procedência
E1	60	F	Do lar Aposentada	Juiz de Fora
E2	61	F	Do lar Aposentada	Juiz de Fora
E3	69	F	Aposentada	Juiz de Fora
E4	67	F	Aposentada	Juiz de Fora
E5	60	M	Aposentado	Guarará
E6	62	M	Aposentado	Santos Dumont
E7	64	M	Aposentado	Simão Pereira
E8	70	F	Aposentada	Juiz de Fora
E9	61	F	Aposentada	Juiz de Fora
E10	70	F	Aposentada	Juiz de Fora
E11	68	F	Aposentada	Juiz de Fora

A maioria dos entrevistados residia em Juiz de Fora – MG. Do total, dez se encontravam internados no hospital A e somente um paciente, no hospital B. Todos são aposentados com idade entre 60 e 70 anos; oito pessoas do sexo feminino e três do sexo masculino.

A insuficiência cardíaca (IC) tem sido um importante problema de saúde pública com elevada mortalidade e morbidade. “Dados atualizados da American Heart Association (AHA) estimam prevalência de 5,1 milhões de indivíduos com IC somente nos Estados Unidos, no período de 2007-2012. As projeções mostram que a prevalência da IC aumentará 46% de 2012-2030”. O aumento da prevalência em se deve ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a IC acomete de forma prevalente as faixas etárias mais elevadas (46).

A IC é a principal causa de internação hospitalar, baseado em dados disponíveis de cerca de 50% da população sul-americana. O retrato mais abrangente da situação das internações por IC no Brasil pode ser obtido através das análises dos registros do DATA-SUS, com as limitações inerentes de um banco de dados de caráter administrativo. Dados demonstram que apenas no ano de 2012 houve 26.694 óbitos por IC no Brasil. Para o mesmo ano, das 1.137.572 internações por doenças do aparelho circulatório, em torno de 21% foram devidas à IC. A média de idade dos pacientes foi de 64 anos, com 73,1% acima dos 75 anos e 60% foram mulheres. A troca valvar prevaleceu entre os procedimentos durante a fase hospitalar tendo ocorrido em 156 pacientes. A alta mortalidade, morbidade e comprometimento da qualidade de vida relacionados com a IC afeta principalmente os idosos (46)

O Brasil passa por uma transição demográfica acelerada, principalmente devido a queda acentuada dos níveis de fecundidade, provocando mudanças significativas na estrutura etária da população. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, dá lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida, com a redução de crianças e jovens e o aumento proporcional de adultos e idosos. O Brasil vive um período de acelerado envelhecimento demográfico, com importantes implicações para as famílias e sociedade (47).

Consequentemente destacamos que:

O segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milh.es, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência, primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no País, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades [...]. Um fenômeno demográfico observado entre os idosos é a concentração de mulheres. A razão de sexos para a população com mais de 60 anos de idade é de cerca de 0,8, indicando que existem 80 homens para cada 100 mulheres, resultado dos diferenciais de mortalidade entre os sexos, cujas taxas para a população masculina são sempre maiores do que aquelas observadas entre as mulheres. (47)

7.2 Apresentação e discussão das categorias

O significado que os idosos portadores de insuficiência cardíaca atribuem ao seu processo patológico e ao tratamento que lhes é oferecido pela enfermagem e pela equipe de saúde foi a base teórica para a construção das categorias. Das categorias surgiram novos temas importantes que foram organizados em subcategorias e apresentados no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2. Apresentação das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
1) O significado de estar com insuficiência cardíaca	1.1) O sentido iminente da morte e o medo de morrer 1.2) Do desamparo vivido ao amparo familiar 1.3) Aspectos emocionais que antecedem a cirurgia e a necessidade de Comunicação
2) Tratamento recebido durante hospitalizado	2.1) Cuidado humanizado num hospital. 2.2) Equipe multidisciplinar e comunicação.

7.3 O Significado de estar com insuficiência cardíaca

Dessa categoria surgiram três subcategorias que apresentaremos a seguir.

7.3.1 O sentido iminente da morte e o medo de morrer

Como foi descrito no método clínico qualitativo, é importante enfatizar os sentidos e significados dos fenômenos humanos. Iremos considerar *sentido*, no contexto desta categoria, como o ato de sentir, perceber um sintoma físico ou mental de uma pessoa. Quanto ao *significado*, este se refere ao que a pessoa representa por meio de sua fala, é o *querer dizer* (2).

Na condição de idosas, portadoras de doença crônica, como a insuficiência cardíaca, vários são os sintomas, a forma de sentir as manifestações clínicas que

acometem essas pessoas, influenciando em suas atividades da vida diária, vivendo na iminência da morte.

As falas dos entrevistados demonstram que a angústia e o medo de morrer surgiram em três situações diferentes: a primeira situação diz respeito ao medo de morrer devido aos sintomas apresentados, a segunda por terem de ser submetidos a cirurgia para colocação de válvula cardíaca e a terceira foi o medo de morrerem sozinhos. As falas a seguir exemplificam essa afirmação.

No que tange ao medo de morrer pelos sintomas apresentados:

[...] Pra mim, foi muito ruim isso tudo, muito mesmo, porque esse cansaço, esse aperto no peito; dá medo de morrer, né, eu sei que um dia eu vou morrer, mas não assim, né? Não agora. (E1)

Eu sentia um aperto no peito que parecia que tinha um pão agarrado no peito, o coração queria bombear e não conseguia...vinha aquela vontade de chorar... aí ficava angustiada de ficar pior e morrer, né. (E2)

*[...] eu tava trabalhando e aí me deu uma dor no peito e aí veio pra dentro do braço e aquela coisa horrível. Dava canseira, né? Não podia cuidar da minha criação **[gado]** que dava falta de ar. Você pensa mil coisas num tempo só, você já pensou? **[a voz ficou embargada]**. Eu vou partir pro outro lado? **[morrer]**. Não quero não! Tive um pouco de medo **[o paciente disse que não dava para comentar porque ele iria chorar e ele não queria]**. (E6)*

Horrível! Porque primeiro você começa a tossir, vem da garganta, não é catarro, é água, uma água salgada. Aí vem a dispneia e aí ela vai aumentando, aumentando, aumentando e você vai tossindo cada vez mais e fazendo vômito e aí começa a vomitar espuma, que vem rosada, que é sanguinolenta, aí, se não atender, a gente morre, né. Pensei que eu ia morrer. Eu sei que um dia todo mundo vai [morrer], mas por asfixia é horrível. Horrível porque a gente morre asfixiada pela água, né, que está no pulmão. (E8)

Constatamos que a percepção da doença foi vinculada à sensação de fraqueza que afetava a disposição para o trabalho e as suas atividades de vida diária, resultando na reação do medo da morte iminente diante dos sintomas ocasionados pela doença. O aperto no peito, a falta de ar, a angústia de se sentirem sufocados revelam que o seu corpo não está funcionando plenamente dentro da normalidade e os colocam em uma situação de dependência e medo.

Os participantes que passaram por experiências de doenças que podem ocorrer de forma súbita acabam por desencadear mudanças no seu dia a dia. Diante dessa situação, a pessoa deixa de ser produtiva em seu trabalho e pode ser hospitalizada (48).

Verificamos, também, que os participantes perceberam que a origem de seu desconforto, o mal-estar, a angústia no peito, a dor no braço e o cansaço decorrem de problemas no coração, órgão ao qual atribuímos o sentido de vida e que é vital para nossa sobrevivência. A doença pode representar um sofrimento, uma limitação do corpo. É um obstáculo para a realização de suas atividades diárias, que pode ser sentido como impossibilidade de executá-las ou diminuição do ritmo das mesmas (49).

Nesse sentido Mello Filho e Burd (36), salientam que o *estar doente* leva a pessoa a sentir e a sofrer de forma peculiar. O doente também vive uma situação de fragilidade e, portanto, não podemos tratar da doença e ignorar o doente e o cuidado emocional. É essencial que seja aberto um espaço durante os cuidados ao idoso portador de insuficiência cardíaca para acolhimento e compreensão de algumas emoções que ele sente durante a internação.

As emoções que surgiram por se estar doentes e em uma condição de limitação, como já mencionado, foram além do físico: a tristeza, que foi percebida na comunicação não verbal através da expressão corporal, o medo de morrer e a angústia. Mello Filho e Burd (36) ressalta que a emoção ocorre conjuntamente com reações físicas e mentais, no entanto, o que prevalece é a ajuda mútua.

Foi possível perceber, durante as entrevistas, a emoção das pessoas, demonstrada na verbalização sobre o medo de morrer, além da manifestação não verbal de tristeza no rosto, olhar voltado para baixo e a interrupção da entrevista pelo silêncio e choro, como ficou evidente.

Não é objetivo deste estudo se ater às manifestações clínicas que o idoso apresenta fisicamente, mas observar, apreender o cuidado humanizado e o acolhimento desse idoso em suas angústias. É notória a importância de se tratar a doença, os sintomas físicos já que são eles também os causadores das reações físicas e levam ao desconforto e ao medo de morrer como foi demonstrado nas falas apresentadas, mas, da mesma forma, observar o outro atentamente em suas nuances com empatia, carinho e acolhimento. Perestrello (35) destaca que “[...] o eu que observa o outro, ao contrário de se excluir, penetra no outro [...]”.

Corroborando, Carvalhêdo et al. (50), ressaltam que o profissional adota uma postura acolhedora quando se coloca diante da pessoa com o propósito de escutá-lo e dar respostas às suas queixas, construindo um vínculo com ele.

O cuidado humanizado deve estar presente nas atividades dos profissionais da área da saúde, bem como o acolhimento como o cerne na prática da assistência hospitalar. Uma relação verdadeira no cuidado humanizado e na terapêutica é aquela na qual a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente é incentivada e valorizada. “[...] na medida em que o doente não for compreendido pelo seu médico, não se juntará a ele no processo de cura [...]” (36).

Destacamos que, conjuntamente com o médico, estão outros profissionais da equipe de saúde, como o enfermeiro, o psicólogo, o nutricionista a equipe de enfermagem, para somar a esse processo de cuidado, e, por meio de um cuidado humanizado, dão suporte à pessoa doente em suas angústias.

Ficou evidente que a tristeza e o medo de morrer perpassa pelo medo de sofrer pela perda definitiva de seus entes queridos e de sua própria vida.

Nesse sentido, cabe ressaltar que o trabalho multiprofissional tem papel de acolher o idoso que está vivenciando o medo de morrer e prestar-lhe um cuidado humanizado. A própria morte é impensável para a maioria de nós humanos, no entanto, quando por algum motivo ela passa a fazer parte da nossa consciência, geralmente acontece em forma de sofrimento pelo idoso que está em situação de doença.

O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer atinge todos os seres humanos. “[...] as manifestações mais comuns relacionadas com o medo da morte podem ser: insônia, preocupações excessivas com algum aspecto da vida como família, trabalho ou saúde, estado de ânimo depressivo, entre outros [...]” (51).

Entretanto, percebemos que as pessoas que participaram deste estudo não se importavam por estarem fisicamente incapacitadas devido a sua doença e nem por serem idosas, mas com o fato de que, se morressem, não estariam mais entre seus familiares e deixariam de desfrutar do afeto das pessoas que amam. Tinham espírito jovem e objetivos para as suas vidas.

É no grupo familiar que as relações se estabelecem primordialmente, permitindo que os idosos se sintam valorizados. Independente da idade, todos nós temos necessidades afetivas. O afeto e o estabelecimento de vínculos afetivos surgem quando as relações possibilitam uma proximidade mais íntima, uma maior afinidade. As relações de interação entre os idosos e seus familiares revestem-se de importância crucial para os idosos, dado que o sentimento de serem amados e valorizados, a pertença ao grupo familiar leva os idosos a escaparem do isolamento (52).

Cabe salientar que ficou nítido que as limitações impostas pela doença impediam os idosos de exercerem as suas atividades de vida diária, mas não de sonharem com o futuro ao lado de seus familiares.

7.3.2 Do desamparo vivido ao amparo familiar

O cuidado à pessoa doente visa também dirigir o olhar com o objetivo de identificar as suas emoções a respeito do adoecer, assim como considerar o desejo do paciente de obter informações sobre o seu tratamento e os cuidados oferecidos. Destarte, responder apropriadamente a esse desejo é importante nesse momento. Pudemos perceber que esse desejo se associou à necessidade do apoio e da presença do filho para obter uma boa acolhida em sua doença.

A família torna-se o apoio indispensável à manutenção da integridade física e psicológica de uma pessoa, uma vez que é próprio do ser humano estabelecer vínculos com os seus semelhantes na busca de apoio e ajuda. O homem se organiza formando redes interpessoais e constituindo famílias (36).

Chamou-nos a atenção, em duas das entrevistas, o medo de a própria morte vir acompanhada do desamparo do filho ou da família durante essa transição e também o medo de morrer sozinho, como podemos observar nas falas a seguir.

É que eu tenho um filho e ele não me dá atenção, entendeu? Ele é muito ocupado e trabalha muito. Então eu fico sozinha. [...] Tenho de parar de fazer as minhas coisas, passando minhas dificuldades. Pra mim, foi muito ruim isso tudo, muito mesmo, porque esse cansaço, esse aperto no peito; dá medo de morrer. (E1)

[...] É porque não tinha ninguém pra me ajudar, né. Aí ficava angustiada de ficar sozinha e acontecer alguma coisa comigo, né, de ficar pior e morrer, né? (E2)

Essas falas são acompanhadas de tristeza expressa na entonação da voz. Alguns participantes, após o término da entrevista, em um momento de intimidade, relataram sentir falta do apoio de seu filho e da família e de tê-los por perto para se sentirem cuidados por eles. O fato de estarem doentes e hospitalizados e o medo de morrer os deixam expostos a vários sentimentos como ansiedade, angústia e tristeza.

Perestrello (35) destaca que “[...] estar doente já implica sentir-se desamparado, sem proteção, com ansiedade”. De acordo com Jeammet et al. (49) a

angustia “[...] é uma experiência psíquica vivenciada de um mal-estar interno com sensação de iminência de perigo”.

No que tange aos entrevistados, a iminência de perigo está no fato de estarem doentes, hospitalizados, alguns sozinhos, sem afeto e com sintomas que os angustiam levando-os ao medo da morte.

A autora a seguir descreve que o fato de a pessoa sentir que a sua vida se encontra ameaçada pela doença desperta nela, o medo de morrer, o que a coloca vulnerável e frágil e com necessidade de suporte emocional e espiritual (53).

É importante destacar que o apoio da família proporciona um melhor enfrentamento das situações geradoras de sofrimento físico ou mental. Já o afetivo diz respeito àquele oferecido através das demonstrações físicas de afeto e de amor e relaciona-se à qualidade das relações, pois contribui para a manutenção dos vínculos (54).

As falas dos entrevistados apresentadas anteriormente evidenciaram um sentimento de abandono, desamparo e desassistência por parte de familiares, por não terem essa demonstração física de afeto e de amor como é apontado pelas autoras (54).

A convivência com a família envolve a forma como o respeito, o amor, o carinho e os conflitos são administrados, compreendendo as limitações de cada pessoa nesse contexto e o respeito mútuo entre elas. No entanto, quando o idoso reside com filhos e netos, pode haver o estabelecimento de conflito entre as diferentes gerações, contribuindo para as ocorrências de desrespeito à história de vida do idoso, com atitudes de menosprezo, desatenções e consequente marginalização social (55).

Nesse sentido, a doença crônica pode influenciar o relacionamento do idoso com o familiar, uma vez que esta pode levá-lo a algum tipo de dependência, comprometendo o convívio familiar. Nesse aspecto, cabe ao familiar, que geralmente é o(a) filho(a), cuidar do seu pai ou mãe compreendendo-o(a) em suas necessidades.

A família torna-se, preferencialmente, a provedora de cuidados e mantenedora do idoso, no entanto, deve-se levar em consideração a forma como foi construída a relação entre eles, “como essa família o vê, para que lide com essa nova situação” (56).

Diante do exposto, a atuação da equipe multiprofissional é importante para conhecer as verdadeiras causas dos sentimentos de angústia, tristeza e ansiedade que o idoso vivencia. Nesse sentido, acolher e ouvir o paciente durante a internação

é importante para conhecer como se estabelece o relacionamento entre ele e os membros de sua família nuclear. Muitas vezes não é possível resolver determinados conflitos familiares por se tratar de relacionamentos conturbados, em que prevaleceu, e às vezes ainda prevalece, a falta de carinho e respeito de ambas as partes, o que foi verbalizado por um participante após a entrevista, cabisbaixo, em voz baixa e embargada, que não quis continuar a falar e interrompeu a conversa. Como enfermeiros, devemos acolher essa pessoa idosa sem fazer julgamentos, dar conforto, carinho, afeto e atuar de modo humanizado para que se estabeleça um cuidado efetivo e o tratamento seja facilitado e participativo. Cuidar de um idoso com insuficiência cardíaca é complexo, portanto devemos ouvir atentamente as suas queixas para sabermos ajudá-lo em suas emoções.

[...] ouvir traz consequências positivas para o profissional e para o interlocutor. Para o profissional, faz com que esteja realmente presente na relação, o que facilita a atitude empática, a consideração positiva e a congruência. Para os interlocutores, serem ouvidos significa que alguém lhes deu importância, ficam agradecidos, sentem-se aliviados (57).

No entanto, pudemos nos defrontar também com idosos nas entrevistas que receberam de seus filhos, esposa ou esposo o apoio, carinho, afeto e que foram acolhidos em suas angústias e sofrimento. Os participantes, durante a entrevista, estavam sempre acompanhados por um familiar que expressava o carinho envolvido.

As minhas filhas falavam: “mãe, para com esse medo, vai operar se for preciso”, e me apoiavam, me abraçavam, [...] mas aquele medo não saía, eu vou morrer e eu ainda estou nova [...]. (E5)

Eu já estou com idade e [...] [o paciente começou a chorar] ela [a filha] se preocupa mais [nesse momento, a sua filha o abraçou forte, segurando a sua mão]. (E11)

É importante destacar que o apoio da família está relacionado a um melhor enfrentamento das situações geradores de sofrimento físico ou mental. Já o afetivo diz respeito àquele oferecido através das demonstrações físicas de afeto e de amor e relaciona-se à qualidade das relações, pois contribui para a manutenção dos vínculos (54).

O apoio social, principalmente o da família, está relacionado com menores índices de transtornos de ajustamento, como ansiedade e depressão (58).

Segundo Rabelo e Neri (59):

O suporte advindo da família envolve elementos como coesão (proximidade emocional entre os membros da família), apoio (suporte dado e recebido na família), adaptabilidade (capacidade da família de se ajustar às mudanças) e comunicação. A percepção de que o suporte familiar é satisfatório reflete a força da ligação emocional estabelecida, sua adaptabilidade a situações de estresse e o compartilhamento de afeto, estima e gratificação (59).

A sinceridade e emoção postas nas falas a seguir, nas expressões físicas e no olhar de cada pessoa envolvida nestas entrevistas, observadas durante as mesmas, retrata uma realidade de afeto, envolvimento, amor, respeito e preocupação por parte do idoso em relação à família.

A minha preocupação é deixar a minha família. É morrer [nesse momento, ficou em silêncio e os olhos com lágrimas]. (E3)

Eu fiquei angustiada, nervosa, porque eu fiquei pensando na família. Eu pensei muito na minha mãe, [...] eu não conseguia dormir de ansiedade e tal, e insegurança ao mesmo tempo porque eu não sabia o que ia acontecer comigo dormindo. Medo de morrer. (E4)

Significou que eu pensei que, quando eu saísse, eles [os filhos] iam me achar depois, né, caído, morto. Eu não gostava de contar para eles. (E11)

Eu já estou com idade e o meu prazo já tá vencido, eu ia dar preocupação? [o paciente começou a chorar] ela [a filha] se preocupa mais [chorando disse que perturbar os outros é muito ruim]. Eu não quero dar trabalho. (E11)

Apreendemos que, apesar do desamparo citado em algumas falas, o relacionamento entre os pacientes participantes da entrevista e seus familiares era saudável.

Para os participantes, os seus filhos e marido / esposa é que dão sentido a sua vida. Diante dessa perspectiva, o medo de morrer pelas pessoas em fase avançada de IC perpassa pelo medo de deixar o convívio com os seus entes queridos.

Os entrevistados focam aspectos negativos, como o medo de morrer, sentindo-se angustiados e com medo de não poder mais estar entre os seus familiares. Há pacientes que se sentem como um peso para os familiares, que dá trabalho e preocupação. Em uma das entrevistas, citada anteriormente, em resposta a esse sentimento, a filha do participante do estudo o abraçou e trocaram olhares com um sorriso em seus rostos.

Os idosos demonstram como se sentem a respeito de estarem doentes por meio de seu comportamento. Sendo assim, é fundamental um trabalho coeso de uma equipe multiprofissional voltado ao paciente e ao familiar quando for necessário. É

importante que o enfermeiro e a equipe de saúde do hospital se coloquem no lugar do paciente para desenvolver aproximação com ele e empatia pelo que ele está passando. Assim será mais fácil entender o que o paciente está sentindo.

Observamos que os idosos que participaram deste estudo necessitavam de mais cuidados que abordassem a angústia de sentir medo de morrer e de deixar os seus filhos. Nesse sentido, o acolhimento, a atenção, o carinho e o fazer-se presente por parte dos familiares e dos profissionais da saúde pode deixá-los mais tranquilos e confiantes.

Ressaltamos que “toda a equipe de saúde, ao buscar atender a necessidade do idoso, deve ter sensibilidade para compreendê-lo em seu contexto sociocultural e fortalecer o entendimento de sua condição limitante e as suas potencialidades” (60). Os profissionais devem estar atentos à recuperação do estado de saúde do idoso, contribuindo para um ambiente confortável, que lhe proporcione a sensação de pertencimento a este mundo e não de isolamento (60).

7.3.3 Aspectos emocionais que antecedem a cirurgia e a necessidade de Comunicação

A intervenção cirúrgica é um procedimento invasivo e traumático para alguns pacientes. Mello Filho e Burd (36) salientam que a cirurgia é um momento considerado pelo paciente como um grande evento em sua vida, que simbolicamente vai interagir com o *centro da vida* do mesmo.

A necessidade de ser submetido à cirurgia cardíaca causa no paciente ansiedade e medo, que por vezes estão relacionadas ao desconhecimento sobre o ato cirúrgico. Desta forma, é indispensável que haja um trabalho por uma equipe interprofissional para que, no período que antecede o procedimento, o paciente possa ser acolhido, orientado e esclarecido em suas dúvidas, uma vez que a ansiedade surge como consequência do desconhecido. Portanto o medo do desconhecido é a causa fundamental da insegurança e ansiedade vivenciadas pelo paciente (45).

O profissional da área da saúde – o enfermeiro, o psicólogo e o próprio médico –, precisa conhecer o que o paciente já sabe sobre a sua doença e sobre o procedimento cirúrgico a que será submetido para que ele possa ser orientado

conforme suas necessidades, utilizando uma linguagem que esteja ao alcance de seu entendimento, para que produza uma comunicação eficaz.

Podemos perceber isso nas falas a seguir:

Eu fiquei com medo, né, de ter que abrir o peito. Eu comecei a achar que não ia aguentar. [...] eu achei que ia morrer. Aí, depois da explicação do médico, que seria fácil a cirurgia, aí eu fui acalmando. Por isso que o médico colocou o marca-passos. Porque o meu coração tava parando. E aí eu não queria nem dormir, eu tinha medo. (E4)

Aí, quando o médico dizia que eu tinha de operar, eu pegava e pulava de médico [trocava de médico]. Aí, quando o médico falava que eu tinha de operar, aí eu já passava pro outro e ia fazendo assim porque eu tinha medo de operar. Eu ia nesses cardiologistas e alguns deles falavam muita bobeira, sabe? (E7)

E aí, quando eu vi outro médico, né, eu me dei bem com esse médico porque ele começou me passando a tranquilidade. [...] E, mesmo assim, eu tinha medo de operar, de serrar o peito e eu não queria, eu tinha medo de morrer. (E7)

[...] fui nesse cardiologista e foi que ele falou que eu tinha de operar, mas aí ele sentou comigo, conversou comigo, mais de duas horas conversando e aí foi encaixando na minha cabeça [...] aí ele falava pra mim que não ia acontecer nada, a senhora vai operar a senhora vai voltar bem. Aí ele passou outra tranquilidade, me deixou muito tranquila. (E7)

Eu estava cansando demais e, qualquer exercício, eu estava cansando, subindo escada, eu ia cansando. Aí eu fui no cardiologista, [...] ele falou que eu tinha de trocar a válvula. Aí já bateu um desespero e aí acabou, eu chorei e acabou o mundo, tive medo de morrer porque eu fiquei angustiada e com medo. Muito angustiada, com medo. (E3)

Tinha medo de morrer, porque um dia eu perguntei pra ele [médico] se eu entrava andando [na cirurgia] e saía andando aí ele falou que era Deus que sabe. Aí eu desesperei. Fiquei agoniada. [...] eu pensei que era tão grave que eu poderia morrer ali. (E5)

As falas permitem-nos analisar que a comunicação estabelecida para orientação ao paciente ainda está centrada no médico. No entanto, verificamos que alguns desses profissionais foram sensíveis à angústia e medo desses pacientes, mas sua atuação não se deu de forma multiprofissional.

Os hospitais, por serem instituições complexas que respondem pela assistência aos pacientes com condições agudas ou crônicas, devem ofertar uma assistência contínua, com ações multiprofissionais e interdisciplinares. O trabalho em equipe deve focar a integração de saberes e práticas, sem que se perca a

especificidade de cada profissão. Esse trabalho se destaca quando há relacionamento pautado no “respeito, autonomia e vínculo, com troca de conhecimentos” (61).

Para corroborar trazemos um fragmento da pesquisa de Santos et al. (62):

As conexões entre as práticas e os saberes de profissionais são possíveis por meio do trabalho em equipe. Trabalhar em equipe significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. Para isso, é necessário conectar diferentes processos de trabalho, com base na interação entre os agentes envolvidos, busca do entendimento e reconhecimento recíproco de autoridades e saberes (62).

Percebemos também que, devido à falta da comunicação adequada e pontualmente colocada pelo profissional médico em seu consultório, o paciente deixou de receber o tratamento necessário, correndo risco de morte.

Nesse sentido, Mello Filho e Burd (36) esclarecem que:

[...] na primeira fase de contato com o paciente, procuramos saber quais as expectativas que ele tem com relação à cirurgia a que vai se submeter. As entrevistas feitas demonstraram que, independentemente do sexo, idade [...] algumas preocupações, fantasias e medo estavam presentes na grande maioria dos pacientes (36).

Estes autores ainda complementam que essas fantasias e medo são:

[...] o medo da morte, o fato de ter que operar, a anestesia, a unidade de terapia intensiva [...]. O medo da morte passa a ser uma situação real de acontecimento gerando angústia e insegurança. A preocupação com a família passa a ter dimensão maior gerando fantasias de que ficarão desamparados. O medo de ser operado pode ser redirecionado ao avanço tecnológico da cirurgia na área cardíaca, gerando maior segurança no ato cirúrgico. A anestesia é vista com temor pelo paciente por acreditar que poderá não acordar mais (36).

Assim, também a anestesia é vista com temor pelo paciente por acreditar que *poderá não acordar mais*. No entanto, vale destacar que, na área anestésica, igualmente houve grandes avanços com o surgimento de novos medicamentos. Quanto ao aspecto da necessidade de o paciente ficar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é relevante salientar que é o único local capaz de oferecer tratamento e cuidados no pós-operatório imediato de uma cirurgia cardíaca (36).

Nesse contexto, cabe ressaltar o quanto é essencial o trabalho em equipe e de forma articulada. O enfermeiro possui papel importante, focando o cuidado também na forma de comunicação, colaborando, assim, para um cuidado com

qualidade. A comunicação entre a equipe de trabalho e desta com o paciente vai promover esclarecimentos sobre as dúvidas deste, com isso, será possível sanar as suas inquietações, angústias no que se refere ao desconhecido.

Como enfermeira e pesquisadora, no convívio com estes pacientes, foi possível constatar algumas manifestações emocionais desencadeadas pelo impacto da doença e pela necessidade da cirurgia que envolve o coração, quanto à incerteza do que vai acontecer, por desconhecerem o procedimento, o que gera apreensões para a realização. Queremos evidenciar que o papel do enfermeiro nesse contexto será sempre importante no que se refere a sua inserção junto ao paciente, exercendo a sua principal função, ouvir atentamente o paciente e orientá-lo quanto aos procedimentos antes da cirurgia.

A respeitabilidade ao paciente cirúrgico e a sua autonomia são garantidos quando o mesmo tem o “direito às informações atendido”. A orientação pré-operatória é um dos passos da assistência que garantem um cuidado digno, respeitando a autonomia da pessoa. “O cuidado vivenciado por meio de explicações sobre o procedimento a ser realizado, as possíveis reações, vivenciar o cuidado por meio da escuta, da conversa, da atenção, são condições que acalmam e tranquilizam o paciente” (63).

O enfermeiro deve desenvolver suas condutas junto ao paciente pré-operatório de modo a transmitir-lhe segurança e tranquilidade. Para isso, utiliza-se da comunicação e interação com o paciente para orientar e informar (64).

O *desespero* por eles relatado por saberem que precisariam se submeter a uma cirurgia cardíaca, o *medo* e a *angústia*, podem ser amenizados quando o enfermeiro está envolvido com o cuidado humanizado e quando se utiliza de comunicação eficaz.

A comunicação, quando utilizada de forma clara e objetiva por parte da equipe de saúde, tende a contribuir para a qualidade e humanização dos cuidados, assim como produzir uma aproximação com o ser envolvido, podendo despertar no mesmo o sentimento de confiança, segurança e satisfação com relação ao atendimento e o cuidado recebido (65).

A comunicação envolve relações interpessoais, entretanto, podem ocorrer nesse processo dificuldades quando a mensagem enviada não é decodificada corretamente. O ato de se comunicar é fundamental para o desenvolvimento do

trabalho dos enfermeiros junto à equipe e ao paciente, para a transmissão de uma informação, além de exercer influência direta sobre as pessoas.

O primeiro elemento que o enfermeiro considera importante para a prática do cuidado humanizado é a comunicação. Portanto, o enfermeiro, estabelecendo uma comunicação adequada, conseguirá agir de maneira humanizada. Sendo assim, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as “bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente” (66).

Nesse sentido, destacamos que a comunicação tem uma finalidade importante nesse contexto, mas, quando não estabelecida de forma eficiente, desfavorece o cuidado ao paciente, não facilitando o entendimento, como foi retratado em uma das falas dos entrevistados no que tange ao início de sua busca por tratamento.

Porque a senhora tem de trocar a válvula porque, senão, a senhora vai morrer, e tinha algumas cardiologistas que falavam que tinha de botar válvula de porco, válvula disso e daquilo, aí mais medo eu tinha. (E7)

A comunicação deve ser usada como um instrumento para informar, explicar sobre um procedimento, tratamento e cuidado, e não como geradora de conflitos, medo e tensão.

A intervenção cardíaca cirúrgica se revela como uma vivência que traz diferente carga emocional e anseios. Ao mesmo tempo que é tida como ameaça à vida, também realiza um benefício ao paciente, suscitando nestes sentimentos relacionados à iminência da morte (45).

É nesse momento que surge a importância do trabalho da Psicologia, o qual pode auxiliar a acolher as angústias e anseios do paciente e intervir em prol da preparação para o procedimento cirúrgico a ser realizado e, após, com a proposta de dar segmento ao processo terapêutico, trabalhar demandas que poderão aparecer na nova etapa de vida (45).

Queremos ressaltar que, diante do contexto, é extremamente importante não só o trabalho da psicologia como é destacado pela autora acima, mas também de uma equipe multiprofissional, em que todos possam tratar e cuidar desse paciente, trocando conhecimentos e experiências. Porque a enfermagem está sempre ao lado do paciente e tem em sua formação conteúdo de psicologia aplicado.

Quanto à “condição psicológica, geralmente o paciente apresenta sintomas de ansiedade, depressão e medo, com expectativas negativas sobre o futuro” (67).

Nesse sentido, a equipe hospitalar – o enfermeiro, médico, psicólogo – exerce um papel importante capaz de abranger satisfatoriamente o cuidado da pessoa que será submetida a um ato cirúrgico cardíaco.

Pudemos observar nas falas apresentadas que o medo de morrer devido à necessidade de ser submetido a uma cirurgia cardíaca advém do desconhecimento sobre o ato cirúrgico, e à falta de orientação sobre o tipo de cirurgia e o que pode acontecer ao paciente. Quando um paciente relata o medo de “serrar o peito, de colocar válvula de porco”, fica claro que não foi estabelecida uma comunicação eficaz.

Uma pesquisa realizada apontou que o medo do desconhecido é considerado um agente estressor que surgiu em algumas pacientes diante do medo de não saberem o que vão enfrentar. Ir em busca de informações de profissionais de saúde sobre a cirurgia foi uma necessidade dessas pacientes para amenizar o medo (68).

Em nosso estudo, alguns pacientes demonstraram que não houve uma articulação entre eles e a equipe multiprofissional do hospital, nem entre o familiar com a equipe.

Nesse sentido, cabe ressaltar que é preciso muito mais que receitar medicamentos às pessoas doentes. É necessário respeitar as especificidades de cada uma, sabendo ouvir e dar-lhes oportunidade de falar sobre as suas dúvidas e seus sentimentos (35).

Queremos destacar a importância do trabalho conjunto da equipe multiprofissional do hospital, pois, unida com o mesmo objetivo, poderá alcançar resultados excelentes para o paciente e seus familiares.

No processo de trabalho da enfermagem, é essencial ser sensível ao sofrimento do outro e saber ouvir seus anseios e necessidades, pois aproxima o profissional do paciente, que se sente solitário e ansioso diante de um procedimento cirúrgico, muitas vezes desconhecido. Por isso, é preciso conhecer a singularidade de cada paciente e realizar o cuidado de forma individualizada e humanizada (69).

A visita pelo enfermeiro, dias antes do ato cirúrgico, representa um valioso instrumento com o qual poderá atuar de maneira expressiva, a fim de proporcionar ao paciente que fará a cirurgia apoio emocional, atenção e orientações num momento

em que vai experimentar diversos sentimentos. Deve orientá-lo inclusive quanto a “informações fornecidas por outros profissionais” (21).

Em um estudo exploratório sobre a assistência de enfermagem em uma unidade de cardiologia, foi mostrada a “importância da enfermagem no assistir com sensibilidade e disponibilidade para o diálogo e escuta em relação às necessidades e dúvidas que os pacientes apresentam” (70).

Sendo assim, enfatizamos que, para que uma comunicação se faça eficaz, é necessária uma boa interação entre os envolvidos no diálogo, como: “a empatia entre os comunicadores, a escuta, a atenção às emoções do paciente, o respeito mútuo, o acompanhamento do cliente em suas reflexões, a ajuda do paciente para aumentar sua dignidade, a autorreflexão e a auto-observação” (71).

Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer uma relação de confiança entre a equipe de saúde e o paciente, fundamentada no respeito, incluindo nesse processo o familiar. Devemos considerar também que as informações advindas da comunicação sejam adequadas e claras para que não haja ansiedade e desconfiança do paciente.

7.3.4 Tratamento ao idoso quando hospitalizado.

O tratamento ao idoso hospitalizado requer o cuidado humanizado, considerando o respeito à individualidade e às suas necessidades. Acolher, compreender, valorizar as suas queixas deve fazer parte do processo de cuidar desenvolvido pelos profissionais. O cuidado como forma de tratar a pessoa envolve a maneira de cuidar, a confiança estabelecida entre o profissional e o paciente.

7.4 Cuidado humanizado num hospital

Cuidar de um idoso hospitalizado de forma humanizada é entender a pessoa em sua singularidade, é levar em consideração que ele possui necessidades específicas e, com isso, criar condições para que o paciente tenha possibilidade para

executar sua vontade de forma autônoma, quando possível. É poder gerenciar esse cuidado não somente para o idoso, mas, com o idoso e seu familiar.

Gerenciar o cuidado com e não somente para o idoso exige do profissional de saúde conhecimento técnico, assistencial, administrativo, capacidade nas técnicas de resolução de problemas, bem como habilidades comunicacionais que compreendem uma multiplicidade de nuances que merecem e precisam ser estudadas para serem aplicadas no cotidiano, com consciência, pelo profissional e, conseqüentemente, ter resultados que revelem um cuidado de saúde efetivo, con-gruente com a expressão da afetividade também (72).

A humanização está interligada à maneira de tratamento ao ser humano. Por isso destacamos que é importante que as práticas realizadas dentro de um hospital se fundamentem nesta perspectiva assistencial.

Entendemos tratamento como: modo de tratar, de cuidar, de alimentar, modo de proceder; modos, maneiras (24). No Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (73), a humanização é entendida como:

Valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (73).

A Cartilha Humaniza SUS, Clínica Ampliada e Compartilhada, define humanização como:

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (74).

Ribeiro e Silveira (75) trazem uma definição de humanizar que também achamos apropriado descrever: “Humanizar é resultado de uma ação que visa tornar mais afável, benevolente e compreensivo o próprio ser humano. Humanizar é trazer à tona o que nos faz humano, colocando em evidência a nossa capacidade de nos colocar no lugar do outro” (75).

Diante dessa vertente, queremos explanar a partir das falas abaixo, a experiência dos idosos, no período de internação, foi de respeito, zelo e carinho. A equipe de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeira, médico, bem como outros profissionais do hospital, como os responsáveis pela manutenção da limpeza e as

copeiras, demonstraram uma realidade que é compatível com o atendimento humanizado que definimos anteriormente.

As seguintes falas exemplificam isso:

Ah... muito bem porque todos me dão atenção, sabe? Eles têm respeito, né, pra falar e conversar com a gente. O meu médico, ele sempre chega sorrindo e me dá apoio, sabe, explica as coisas e conversa e fala que vai dar tudo certo, passa confiança, né? As moças da limpeza que estão sempre sorrindo e elas conversam com a gente. Se eu preciso de alguma coisa, as enfermeiras [técnicas de enfermagem] sempre resolvem, dão o remédio na hora certa. Aqui tá muito bom, melhor que em casa [risos]. E você [a pesquisadora] que tem vindo aqui esses dias e sempre escuta a gente e conversa e explica e tira as dúvidas e isso é bom, né. Isso deixa a gente mais calma, né. (E1)

As enfermeiras [enfermeiras responsáveis pelo setor], os médicos, as moças da cozinha, da faxina são todas educadas. São alegres, estão sempre cantando e conversando. Então fica tudo melhor, né. A gente se sente até melhor, né. Os remédios sempre na hora certa. É isso, né. (E2)

Todo mundo me tratou bem, foram educados, recebi remédio na hora certa, a alimentação é boa, o médico vem todos os dias. Se você precisar de alguma coisa, as enfermeiras [técnicas de enfermagem] te atendem e são educadas, elas conversam com você, te dá atenção e brincam pra gente relaxar, né. (E3)

Pudemos observar nos depoimentos que os profissionais, médico, técnicos de enfermagem, copeiras, das funcionárias da limpeza e enfermeira, demonstraram sensibilidade para com os sentimentos dos pacientes entrevistados, como sofrimento, ansiedade e medo por meio de postura alegre, de dedicação de alguns minutos para conversar, da forma educada de tratá-los e da alegria constante de cada um.

No livro intitulado “*Medicina da pessoa*”, explicita-se que “[...] o tratamento da pessoa doente deve ser centrado nela e em seu mundo passado ou presente, na sua forma de coexistir e de se comunicar com o ambiente [...] que mobiliza seus motivos de adoecer e não somente na doença” (35).

Nesse contexto, a humanização do cuidado em saúde requer o “respeito à individualidade do ser humano, pois ocasiona uma percepção holística deste ser, indo além da compreensão biologicista da doença e contemplando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais” (76).

Destacamos que o cuidado e o tratamento humanizados oferecidos ao paciente são fundamentais e fazem com que o mesmo se sinta acolhido e incluído neste processo de saúde como pessoa singular. A boa interação entre as pessoas institui uma conexão entre elas, estabelecendo entre paciente e profissional de saúde

confiança e respeito recíprocos. É preciso que a pessoa doente seja respeitada em sua individualidade, ouvida em suas necessidades, que a opinião do paciente seja acolhida (35). Portanto o cuidado deve permear atos, comportamentos e atitudes. Assim, a equipe de enfermagem deve assumir uma postura capaz de acolher, escutar e respeitar o paciente (77).

Salientamos que a equipe de saúde não pode limitar sua disponibilidade de interagir com os pacientes, uma vez que precisa perceber as necessidades deles, considerando a individualidade de cada um. Nesse cenário, é necessário que haja uma boa comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, o que irá contribuir de forma positiva e humanizada para que ele seja submetido a uma cirurgia. A humanização na assistência hospitalar requer a participação e o envolvimento tanto na prática como na atitude dos profissionais (78).

Percebemos isso nas falas dos participantes:

Os médicos que atendem a gente, eles atendem com carinho, esclarece o que a gente pergunta, os enfermeiros [técnicos de enfermagem], se a gente fala que tá com uma dor aqui, eles vêm, remédio na hora certa, aqui é muito bom. (E6)

Porque todo o lugar que a gente é bem tratada a gente se sente feliz, se sente bem, acho que recupera até mais depressa. O CTI e aqui é muito bom, é tudo muito bom. (E8)

Tenho sido muito bem tratada, muito bem. Pessoas que cuidam da gente com carinho, você chama e estão prontos a te servir, carinho tanto do médico que me atendeu como; todo mundo muito humano né, tratado com respeito, pergunta como você está é de dia é de noite. A enfermagem, todas muito carinhosas com a gente, chama a gente de querida, meu amor, todas muito legal, os médicos. (E10)

Ficou claro que o tratamento oferecido pela equipe de saúde e outros profissionais do hospital foi respaldado por atitudes como conversar, ouvir e ser solícito.

Como evidenciado por Perestrello (35), “a pessoa é única [...]. Cada pessoa possui ‘o seu mundo’ e os seus preceitos, uma forma de viver, de agir e reagir em seus pensamentos e sentimentos, assim como fisiologicamente”. Destarte, o que queremos enfatizar é que esses profissionais, conscientemente ou não, estabeleceram o cuidado humanizado quando demonstraram humanidade em gesto, aproximação, atenção, respeito e solidariedade em um momento de dificuldade, proporcionando aos pacientes alegria. Dirigiram palavras de conforto, incentivo e

deram atenção, oferecendo a oportunidade de manifestarem o que precisavam ou sentiam.

[...] A promoção do cuidado humano está ligada a um processo comunicativo eficiente [...] com expressões de forma verbal ou não – verbal. É a construção de vínculos que pode amenizar as experiências dolorosas ajudando a enfrentar o processo de hospitalização (79).

Podemos observar que, diante da quietude, do sofrimento, angústia ou ansiedade do idoso, que, muitas vezes, são observados pela comunicação não verbal, as pessoas podem sentir compaixão, despertando o desejo de ajudar. Estar perto, junto, mesmo em um curto espaço de tempo, estimula ao idoso a enfrentar as dificuldades. Cuidar de forma humanizada é fazer boas ações, demonstrar carinho e respeito, é ver o outro com empatia como um ser humano que está internado em um hospital longe de sua casa, de sua rotina e das pessoas que ama. A fala a seguir explicita isso.

Por que todo o lugar que a gente é bem tratada a gente se sente feliz, se sente bem, acho que recupera até mais depressa. (E8)

Para esses pacientes, o atendimento com carinho, a conversa com respeito, o atendimento imediato quando solicitado à equipe de enfermagem, a recepção e o tratamento com alegria e sorriso no rosto os deixam mais felizes, sentem-se respeitados e valorizados.

7.5 Equipe multidisciplinar e comunicação

“A responsabilidade do cuidado multiprofissional é fundamental ao idoso e, para tanto, os profissionais devem estimular nos idosos os sentimentos de confiança mútua” (80). O cuidado deve ser uma “atitude, um modo de pensar e agir reflexivos” e não apenas uma obrigação a ser cumprida considerando que o cuidar do outro é da natureza humana (81).

Diante do exposto trazemos as falas:

[...] eu não conseguia dormir de ansiedade e tal, e insegurança ao mesmo tempo porque eu não sabia o que ia acontecer comigo dormindo. (E4)

[...] ele falou que eu tinha de trocar a válvula. Aí já bateu um desespero e aí acabou, eu chorei e acabou o mundo, [...] porque eu fiquei angustiada. (E3)

[...] porque um dia eu perguntei pra ele [médico] se eu entrava andando [na cirurgia] e saía andando. Aí ele falou que era Deus que sabe. Aí eu desesperei. Fiquei agoniada. [...] eu pensei que era tão grave que eu poderia morrer ali. (E5)

Ressaltamos a importância do trabalho multiprofissional, do trabalho em equipe, entretanto, muitos enfermeiros, nos dias atuais, ainda estão distantes do cuidado direto ao paciente. Lamentavelmente o que os leva a esse distanciamento é a visão de muitas instituições hospitalares em relação à atuação dos enfermeiros, focando as suas atividades em outras funções, com isso, o enfermeiro deixa de estabelecer uma relação face a face com o paciente e com a sua equipe como líder ou a contratação de enfermeiros em número suficiente.

Também Nunes aponta a necessidade de que a equipe de enfermagem se volte, primordialmente, ao cuidado.

A instituição hospitalar precisa desenvolver uma cultura organizacional de maior valorização do trabalhador, sobretudo o da enfermagem que representa a maior parcela de funcionários destas unidades, sendo um incentivador, abraçando o desafio diário de fazer o cuidado acontecer (82).

Evidenciamos que a atuação multiprofissional deve possuir uma meta que consiste em trabalhar com profissionais que possam interagir, estabelecer relações interpessoais, formando uma equipe que favoreça a discussão e articulação na equipe com foco no cuidado ao paciente. Podemos destacar nas falas citadas anteriormente pontos importantes que devem ser trabalhados pela equipe com os pacientes, como: perda do sono, ansiedade insegurança, desespero, angústia.

O trabalho em equipe e/ou a atuação interdisciplinar pressupõe que haja trocas tanto de conceitos, teorias e métodos, quanto de práticas, de modo que cada profissional que detém os diferentes conhecimentos trabalhe integrados e articulados entre si e com o todo (83).

Dessa forma, como dito anteriormente, “uma pessoa é única em seu modo de viver, ver e sentir. A pessoa possui o seu próprio mundo e sua própria forma de viver, de conviver, de agir e reagir, tanto em relação aos seus sentimentos, quanto, aos seus pensamentos” (35).

Para a realização do cuidar de enfermagem ao idoso, é preciso conhecer o processo de envelhecimento para produzir ações que possam atender às suas

necessidades, mantendo, quando possível, a autonomia e a independência. É necessário que a equipe de enfermagem esteja habilitada para capacitá-lo a realizar as ações de cuidado com sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade (84).

Nesta pesquisa, surgiu uma questão interessante. Todos os pacientes informaram ter sido muito bem atendidos quando estavam hospitalizados, bem tratados pelos profissionais já citados anteriormente, o que demonstra a qualidade do atendimento. Apesar de não haver um cuidado integrado entre as equipes, o paciente era respeitado, cuidado com carinho e atenção.

Schmidt diz que

[...] todos devem atuar de modo inter-relacionado e com o foco no cuidado integralizado, [mas que] [...] a assistência hospitalar nem sempre consegue uma adequada associação entre saberes técnicos e relacionais, produzindo com isso um cuidado aquém ao idoso (72).

Queremos destacar um antagonismo que surgiu nesta pesquisa entre a comunicação inadequada relatada na segunda subcategoria e a comunicação bem estabelecida na terceira subcategoria. Pudemos observar que a comunicação, quando não estabelecida de forma adequada e clara, não facilita o entendimento ao paciente, deixa-o com medo e ansioso, fazendo-o desistir do tratamento, como foi retratado em uma das falas dos entrevistados que precisou ir em busca de atendimento médico em um consultório no início de sua doença.

Porque a senhora [médico] tem de trocar a válvula, porque senão a senhora vai morrer. [...] e tinha algumas cardiologistas que falavam que tinha de botar válvula de porco, válvula disso e daquilo, aí mais medo eu tinha [...], aí eu não tratava e pulava de médico, passava pra outro. (E7)

Verificamos, também, que todos os idosos participantes deste estudo internados no hospital onde foram coletados os dados declararam-se satisfeitos com a forma com que estavam sendo tratados pelos profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, funcionários da limpeza e copeiras. A comunicação estava sendo usada como um instrumento para informar, explicar sobre um procedimento, tratamento e cuidado, sem gerar conflitos, medo e tensão.

A comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe e aos pacientes que recebem cuidados. A comunicação é uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se

passa interiormente. Portanto, o enfermeiro “deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente” (66).

O relato de E7, apresentado anteriormente foi acompanhado de entonação forte de voz e exclamações durante a entrevista e, no gestual, o balançar constante e agitado dos braços e olhos bem abertos. Isso explicita o temor que se formava na paciente por reviver as suas lembranças do medo do desconhecido na época e por falta de sensibilidade dos profissionais que a atenderam no consultório, antes da internação solicitada por outro médico. Por conseguinte, destacamos que a comunicação tanto pode provocar sentimentos de esperança, alívio, conforto, como de temor e insegurança. No caso exposto, a falta de sutileza, atenção, carinho por parte desses profissionais contribuiu para gerar mais medo e insegurança na paciente.

[...] A verdade é que o médico sai da faculdade sem ter presente em seu espírito que o paciente é um ser humano semelhante a ele, médico. [...] mais do que fazer perguntas, examiná-lo e receitar medicamentos, é preciso respeitar sua individualidade, sua pessoa, começando por ouvir o que se tem a dizer. [...] O médico relaciona-se com órgãos, aparelho e sistemas do paciente, só com uma parte do paciente. As consequências dessa atitude são decisivas, comportando numerosas implicações (35).

Na prática médica, frequentemente o motivo que leva o paciente a procurar por uma consulta, nem sempre é o real, o manifesto, mas o que está no emocional da pessoa, a ansiedade. Portanto, o profissional precisa ter a capacidade de ver, ouvir, estar em sintonia com o paciente (36).

Nesse sentido, é preciso que se tenha em mente que o cuidado dentro de um contexto amplo e complexo, entendido como uma forma de “estar-com, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com outro ser humano” (85). Os profissionais de enfermagem e de saúde são seres “interdependentes, interrelacionam-se e relacionam-se com outras pessoas em dimensões diversas. [...] Esta interdependência é condição inerente à atuação profissional no campo da saúde humana” (85).

Ressaltamos que o processo de cuidar em saúde está diretamente influenciado pela formação pessoal, pela personalidade do profissional e da pessoa que está sendo cuidada, adquiridas através de suas experiências, crenças e cultura. Portanto, cuidar inclui a realização de procedimentos técnicos atrelados à expressão

de atitudes “condizentes com princípios humanísticos, entre os quais a manutenção do respeito, da dignidade e da responsabilidade entre as pessoas” (86).

8 CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou apreender a vivência do idoso internado com insuficiência cardíaca, enfatizando os sentidos e significados dos fenômenos humanos atribuídos por ele próprio. A doença impôs a eles uma condição de limitação, tanto física como mental, que manifestou neles sentimentos de tristeza, medo de morrer e angústia pelo desconhecido.

Percebemos que os idosos não estavam se importando por estarem fisicamente incapacitados devido à doença e nem por serem idosos, mas com o fato de que, se morressem, não estariam mais entre seus familiares, nem compartilhariam do afeto das pessoas que amam. Tinham espírito jovem e objetivos para as suas vidas.

A análise das emoções e dos sentidos desses idosos nos possibilitou compreender as suas reações consigo e com os que estão ao seu redor. Havia pessoas com um diagnóstico médico comum, no entanto cada uma delas portava especificidades.

Alguns idosos relataram como reações e emoções o medo de morrer, e outros, a perda do convívio com familiares, do carinho, da presença, do apoio emocional. Sabemos que uma doença crônica, evolutiva e incapacitante gera na pessoa tristeza, medo, insegurança, entre outros sentimentos. Sendo assim, a equipe de saúde precisa ficar atenta aos sinais de depressão no idoso e poderá minimizar efeitos psicológicos e psicossociais. No entanto, ainda encontramos na prática médica o tratamento centrado na doença, baseado em evidências e exames ao avaliar o paciente.

Vemos o quanto é necessário compreender os sentidos e significados do paciente para que uma equipe multiprofissional possa ajudá-lo a amenizar ou eliminar sentimentos negativos como o medo da morte. No entanto, a atuação do enfermeiro e do psicólogo é mais que necessária para ajudar o paciente idoso a lidar com as suas emoções, porque a incapacidade física, o sofrimento e a ansiedade o deixam sem ânimo e cansado. É necessário que o enfermeiro esteja constantemente alerta para as reações emocionais do paciente, observando suas expressões faciais, a linguagem corporal e o tom da voz para que seja possível priorizar os problemas para os quais ele deseja ajuda.

Cabe destacar que o cuidado a um paciente idoso proporcionado por uma equipe multiprofissional se estabelece por meio da integração de vários saberes com diferentes perspectivas, o que dá qualidade ao atendimento.

Salientamos também a empatia, a comunicação e o cuidado humanizado que são essenciais aos profissionais da saúde no atendimento às pessoas que estão hospitalizadas. Isso parece óbvio, mas ainda é difícil encontrar profissionais com esses quesitos, tão necessários ao bem-estar do outro, como a sensibilidade para perceber o outro em suas reais necessidades, saber ouvir atentamente, saber se comunicar com transparência e se fazer entender, assim como saber ser amável, atencioso e acolhedor tanto com o paciente quanto com o familiar que o acompanha.

Acreditamos que o cuidado humanizado requer de quem cuida compreender o significado de vida, compreender a si próprio para ter condições de compreender o outro. É preciso que as relações entre enfermeiro, equipe e paciente sejam estreitadas. O enfermeiro precisa estar atento no as reações e manifestações daqueles que cuida para que possa apreender as suas reais necessidades, ter o compromisso de estabelecer uma boa comunicação com o paciente.

Não basta atribuir um diagnóstico ao idoso. Faz-se necessário contextualizar e compreender a pessoa em sua singularidade e dar sentido ao diagnóstico por meio do conhecimento das necessidades individuais na perspectiva da pessoa e das suas demandas de saúde. Daí conhecer e compreender como eles surgiram, que pensamentos e crenças estão interligados a eles, bem como que reações estão associados a esses problemas, sejam emocionais, sejam fisiológicos. O enfermeiro necessita saber como o paciente vê a si mesmo, os outros e o seu mundo pessoal e de que forma o paciente está enfrentando esses problemas. Dessa forma o enfermeiro terá parâmetros para saber identificar a necessidade de avaliação e acompanhamento pelo psicólogo a esse idoso.

É de suma importância a conscientização dos profissionais da saúde no sentido de que as pessoas hospitalizadas estão carentes de ser confortadas, acolhidas em suas angústias, em suas dores. Precisamos valorizar as necessidades do paciente, incluí-lo em seus cuidados para que possamos melhorar a assistência que lhe é oferecida. Os pacientes precisam se sentir dignos de estima, perceber a cordialidade do profissional, o seu interesse, sentir-se otimistas com o tratamento e o cuidado, e isso ocorre quando o profissional demonstra que fará tudo que estiver ao seu alcance para amenizar o sofrimento do paciente e para atender as suas

expectativas, principalmente aquelas verbalizadas pela pessoa idosa, trazendo-lhe esperança, mas de forma realista.

Considerando as limitações do estudo, as entrevistas foram curtas e realizadas com o idoso no leito pela necessidade de oxigênio decorrente da dispnéia e cansaço aos esforços e o quarto era coletivo e com acompanhantes.

9 REFERÊNCIAS

1. Silva D, Alvim N, Figueiredo P. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2008;12(2):291–8.
2. Turato E. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
3. Turato E. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e Principais Características. *Rev Port Psicossomática*. 2000;2(1):93–108.
4. Amatuzzi M. Por uma psicologia humana. Campinas: Alínea; 2001.
5. Moreira D, Coutinho M. Insuficiência cardíaca: mortalidade intra-hospitalar e sobrevida de 1 ano. *ACM Arq Catarin Med*. 2006;35(1):22–8.
6. Loures V, Noronha M, Bastos R, Girardi J. Aspectos clínicos e epidemiológicos da insuficiência cardíaca. *HU Rev*. 2009;35(2):89–96.
7. Silva F, Parente E, Ferreira G, Rios Neto E. Avaliação do impacto do tratamento da insuficiência cardíaca em hospital do Sistema único de Saúde. *Int J Cardiovasc Sci Impr*. 2015;28(2):130–8.
8. Portela G. Sistema de indicadores é aliado na proteção da saúde da população idosa [Internet]. Fiocruz. 2012 [citado 10 jan. 2017]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sistema-de-indicadores-%C3%A9-aliado-na-prote%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-idosa>
9. Ministério da Saúde. Ministério recomenda: é preciso envelhecer com saúde [Internet]. Portal da Saúde – Ministério da Saúde. 2016 [citado 10 jan. 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude>
10. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. In: XXX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

11. Oliveira A, Pedreira L. Ser idoso com incapacidade e seus cuidadores familiares. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(SPE1):143–9.
12. Aliti G, Linhares J, Linch G, Ruschel K, Rabelo E. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):590–5.
13. Camacho A, Tenorio D. Identification of health disorders that lead the elderly to the emergency service. *J Nurs UFPE Line.* 2015;9(1):457–65.
14. Wajngarten M. O coração no idoso. *J Diagnósticos Em Cardiol* [Internet]. 2010 [citado 21 jan. 2017];13(43). Disponível em: https://www.cardios.com.br/arquivos_dados/foto_alta/foto-noticia-id-69-f1.pdf
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças cardiovasculares [Internet]. 2016 [citado 21 jan. 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839
16. Titler M, Jensen G, Dochterman J, Xie X, Kanak M, Reed D, et al. Cost of hospital care for older adults with heart failure: medical, pharmaceutical, and nursing costs. *Health Serv Res.* 2008;43(2):635–55.
17. Silverberg D, Wexler D, Blum M, Wollman Y, Iaina A. The cardio-renal anaemia syndrome: does it exist? *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc.* novembro de 2003;18(Suppl 8):viii7-12.
18. Santos A, Espírito-Santo F, Pestana L, Daher D, Santana R. Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(5):857–63.
19. Caboral M, Evangelista L, Whetsell M. Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis. *Investig Educ En Enfermeria.* 2012;30(3):406–11.
20. Oliveira J, Vicente W, Rodrigues A, Ferreira C, Alves Junior L, Bassetto S, et al. Cirurgia da insuficiência mitral no tratamento da insuficiência cardíaca avançada. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2009;24(4):540–51.
21. Costa J, Sampaio R, Spina G, Mathias Junior W, Rodrigues A. Impacto da Etiologia sobre a Função Atrial Esquerda em Pacientes com Refluxo Mitral Importante. *ABC Imagem Cardiovasc.* 2016;29(1):3–10.

22. Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
23. Lima A, Delgado E. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. ACTA Bras Mov Hum. 2017;1(2):76–91.
24. Santos V, Kalsing A, Ruiz E, Roese A, Gerhardt T. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):124–31.
25. Fachine B, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Inter Sci Place. 2012;1(20):106–32.
26. Santos Júnior E, Oliveira L, Silva R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. Rev Pesqui Cuid É Fundam Online. 2014;6(2):516–24.
27. Nascimento W, Santos A, Ribeiro I, Oliveira A. Perfil do idoso com insuficiência cardíaca internado em um hospital de urgência. Cogitare Enferm. 2016;21(4):1–10.
28. Sousa M, Oliveira J, Soares M, Araújo A, Oliveira S. Quality of life of patients with heart failure: integrative review. J Nurs UFPE. 2017;11(3):1287–97.
29. Pereira I, Resende M. Suporte social e depressão em idosos com doença arterial coronariana. Perspect Em Psicol. 2014;18(1):97–111.
30. Reis L, Meira E, Souza A, Andrade C. Percepções e práticas de profissionais de saúde no cuidado a pessoas idosas hospitalizadas. Rev Enferm Contemp. 2014;3(2):113–22.
31. Martini J, Mello A, Xavier A. Atenção integral à saúde do idoso: enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: UFSC; 2012.
32. Kuznier T, Lenardt M. O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2011;1(1):70–9.

33. Carretta M, Bettinelli L, Erdmann A, Higashi G, Santos J. Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização. *Northeast Netw Nurs J*. 2014;14(2):331–40.
34. Ferraiuoli C, Ferreira S. O outro lado da “melhor idade”: Depressão e Suicídio em Idosos. *Humanas Sociais Apl*. 2017;7(18):43–53.
35. Perestello D. *A medicina da pessoa*. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
36. Mello Filho J, Burd M. *Psicossomática hoje*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
37. Minayo M, Deslandes S, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016.
38. Goldenberg M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2002.
39. Bleger J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes; 1980. p. 9–41.
40. Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *DOU*, Brasília;1994. Seç. 1:77.
41. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17–27.
42. Lima M, Almeida M, Lima C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 1999;20(Spe):130–42.
43. Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Guimarães A, organizador. *Desvendando máscaras sociais: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 51–64.
44. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *DOU*, Brasília; 2013. Seç. 1:59.

45. Grisa G, Monteiro J. Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. *Gerais Rev Interinstitucional Psicol.* 2015;8(1):111–30.
46. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433–42.
47. Ervatti L, Borges G, Jardim A, organizadores. *Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 14 ago. 2017]. Disponível em: https://www.google.com.br/search?q=Mudan%C3%A7a+Demogr%C3%A1fica+no+Brasil+no+In%C3%ADcio+do+S%C3%A9culo+XXI.+Subs%C3%ADdios+para+as+proje%C3%A7%C3%B5es+da+popula%C3%A7%C3%A3o&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gws_rd=cr&ei=IteRWYDOJYKXwASZxYDoAQ
48. Maniva S, Freitas C, Jorge M, Carvalho Z, Moreira T. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(2):362–8.
49. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Manual de Psicologia Médica.* São Paulo: Masson; 1989.
50. Carvalhêdo F, Antonio P, Santos D. Acolhimento ao idoso e sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária. *Rev Enferm UFPE Line-ISSN 1981-8963.* 2014;9(1):143–148.
51. Kovács M. *Morte e Desenvolvimento Humano.* 5º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
52. Silva D, Vilela A, Nery A, Duarte A, Alves M, Meira S. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(7):2183–91.
53. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes; 1989.
54. Menezes T, Lopes R. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(8):3309–16.
55. Meira E, Xavier J, Silva J, Meira T. A violência ao idoso no contexto familiar. *Memorialidades.* 2014;1(2):32–7.

56. Rocha M. A família cuidadora do idoso dependente e o olhar para o cuidador familiar. *Rev Portal Divulg.* 2015;6(47):60–7.
57. Vilela S, Carvalho A, Pedrão L. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. *Rev Enferm UERJ.* 2014;22(1):96–102.
58. Sanchez K, Ferreira N, Dupas G, Costa D. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(2):290–9.
59. Rabelo D, Neri A. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. *Pensando Fam.* 2014;18(1):138–53.
60. Silva A, Arrais A. O psicólogo hospitalar frente à vivência do cuidador-familiar do idoso hospitalizado. *Rev SBPH.* 2015;18(1):82–104.
61. Alves L, Giacomini M, Camelo S, Laus A, Leal L, Goulart B, et al. Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. *J Health NPEPS.* 2016;1(2):246–62.
62. Santos J, Lima M, Pestana A, Colomé I, Erdmann A. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e50178.
63. Callegaro G, Baggio M, Nascimento K, Erdmann A. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. *Rev Rede Enferm Nordeste.* 2010;11(3):132–42.
64. Amthauer C, Falk J. O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev Enferm (Lisboa).* 2014;10(10):54–9.
65. Vasconcelos E, Freitas K, Torres R, Silva S, Baia R, Araújo J, et al. A importância da comunicação: familiares de pacientes internados em um centro de terapia intensiva. *Rev Conex UEPG.* 2016;12(2):196–207.
66. Mourão C, Albuquerque A, Silva A, Oliveira M, Fernandes A. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Rev Rede Enferm Nordeste.* 2009;10(3):139–45.

67. Quintana J, Kalil R. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicol Hosp*. 2012;10(2):17–32.
68. Esplendori G, Kobayashi R, Bianchi E. Estresse e enfrentamento de mulheres em pré-operatório de cirurgia. *Rev Enferm UFPE Line*. 2016;10(4):3537–47.
69. Marques P, Bastos A, Souza R, Souza F. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc Cuid E Saúde*. 2013;12(2):382–90.
70. Felipe C, Roque L, Ribeiro I. Contribuições das orientações pré-operatórias na recuperação de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas. *Rev Pesqui Em Saúde*. 2014;14(3):160–5.
71. Silva R, Barros C. Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. *Saúde Ciênc Em Ação*. 2016;1(1):13–25.
72. Schimidt TCG, Duarte YAO, Silva MJP. Avaliação mediata na replicação do programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):309–16.
73. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: MS; 2001.
74. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: MS; 2009.
75. Ribeiro I, Silveira M. Humanização hospitalar no Sistema Único de Saúde. *Rev Interdiscip Ciênc E Saúde - RICS*. 2015;2(3):19–24.
76. Moraes G, Costa S, Fontes W, Carneiro A. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):323–7.
77. Silva FLF, Oliveira RCC, Sá LD, Lima AS, Oliveira AAV, Collet N. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários. *Ciênc Cuid E Saúde*. 2014;13(2):210–8.

78. Seoane A, Fortes P. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. *Saúde E Soc.* 2014;23(4):1408–16.
79. Branco LÁSC, Maia NMFS, Lima LAA. A construção do vínculo enfermeiro-cliente pelo diálogo no ambiente hospitalar. *Rev Enferm UFPI.* 2016;5(3):30–5.
80. Corrêa RGCF, Santos RAAS, Rolim ILTP, Coutinho NPS. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Rev Pesqui Em Saúde.* 2017;17(3):179–83.
81. Lopes M, Silva A, Ferreira A, Lino A. Revisão narrativa sobre a humanização da assistência pela equipe de enfermagem na área oncológica. *Rev Eletrônica Gest E Saúde.* 2015;6(Supl. 3):2373–90.
82. Nunes ECDA, Muniz EL. A enfermagem diante do espelho desvelando a liderança transpessoal no cuidado da equipe. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e63815.
83. Backes DS, Carpes AD, Piovesan C, Haeffner LSB, Büscher A, Lomba L. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. *Discip Sci Saúde.* 2016;15(2):277–89.
84. Santos RAAS, Aquino DMC, Coutinho NPS, Lages JS, Corrêa RGCF. Gerontologia e a arte do cuidar em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Pesqui Em Saúde.* 2014;14(2):118–23.
85. Baggio MA, Erdmann AL. Processando o cuidado “do nós” nas relações/interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. *Cogitare Enferm.* 2015;20(3):573–80.
86. Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev Enferm UERJ.* 2012;20(1):124–7.

10 APÊNDICES

Apêndice 1. Instrumento de coleta de dados



ESCOLA ESTADUAL
DE CAMPINAS FEDERAL



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE JUIZ DE FORA

Instrumento de coleta de dados

Para a realização da entrevista, foi elaborada a seguinte pergunta:

O que é que significa para você estar com Insuficiência Cardíaca e que consequências ela tem na sua vida?

Professora Renata Antonaccio
MESTRE EM ENFERMAGEM
CONEN-MG 48921 / UFJF

Professora Renata Antonaccio
MESTRE EM ENFERMAGEM
CONEN-MG 48921 / UFJF

Renata Antonaccio
Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual
De Campinas - Unicamp

Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Renata Antonaccio estou desenvolvendo um projeto com o título: "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica". Antes de esse termo, peço que você leia atentamente cada item deste documento e sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessário. O objetivo deste trabalho é estudar significados e/ou vivências de ser portador de insuficiência cardíaca. Você será entrevistado e essa entrevista será gravada em aparelho mp3, onde terá um código, portanto seu nome não será usado, conhecido ou citado. Todas as informações têm caráter confidencial e somente a pesquisadora terá acesso às mesmas. A sua participação é voluntária. Se durante a realização da pesquisa você decidir não mais participar você poderá suspender o seu consentimento. Também lhe será garantido o direito de, durante as entrevistas, recusar a responder perguntas ou falar de assuntos que possam lhe causar qualquer tipo de desconforto ou sentimentos desagradáveis. O benefício de sua participação nesta pesquisa é contribuir para que nós, profissionais de saúde, possamos compreender as experiências vivenciadas por você, oferecendo-nos a oportunidade de praticar uma assistência que verdadeiramente contemple e valorize seus interesses e necessidades.

Para participar desta pesquisa o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá nenhum pagamento, uma vez que não está previsto financiamento para pagamento aos participantes. Terá sua participação voluntária e não remunerada; caso haja recusa em participar não ocorrerá qualquer penalidade. Sua identidade será resguardada e será mantido total sigilo. Esta entrevista oferece risco mínimo tendo em vista que pode ocorrer constrangimento de sua parte. Se você tiver alguma dúvida a respeito de seus direitos como participante desta pesquisa, poderá estabelecer contato com o Comitê de Ética Em Pesquisa da UFJF – MG que se localiza no Campus Universitário, bairro Martelos, Cep: 36036-900, tel: (32)3229-3784, em Juiz de Fora-MG, no horário de 08:00 às 12:00 horas, de segunda à sexta-feira.

Eu, portador (a) do documento de identidade nº _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Estou ciente que a qualquer momento poderei sanar as minhas dúvidas e modificar a minha decisão em participar da pesquisa. Declaro que concordo em estar participando desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Juiz de Fora, de _____, de 20 ____.

Nome _____ Assinatura participante _____

Nome _____ Assinatura pesquisador _____

Nome _____ Assinatura testemunha _____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFESSORA RENATA ANTONACCIO
ENDEREÇO: RUA: BORORÔ, 16
CEP: 36021390 – JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 32118155 E-MAIL:
DUQUESA65@YAHOO.COM.BR

Apêndice 3. Termo de Confidencialidade e Sigilo



ESCOLA ESTADUAL
DE CAMPINAS FEDERAL



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE JUIZ DE FORA

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Pesquisador Responsável: Mestra Renata Antonaccio
Endereço: Rua: Bororó, 16 - casa
CEP: 36021-390 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 88081266
E-mail: duquesa65@yahoo.com.br

Eu Renata Antonaccio, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica", declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.


Renata Antonaccio

Professora Renata Antonaccio
MESTRE EM ENFERMAGEM
COREN-MG 48921/UJF

11 ANEXOS

Anexo 1. Documentos que autorizam a realização da pesquisa no hospital de atendimento geral e em cardiologia de Juiz de Fora – MG



Av. Rio Branco, nº 3353, Centro, Juiz de Fora, CEP 36.021-630

Of.03/2015

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015.

DE: Pesquisadora responsável pela investigação do Projeto de pesquisa "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica"
Profa. Ms. Renata Antonaccio

PARA: Sra. Enfermeira Responsável Técnica da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
Enfermeira RT Mara Lúcia Welerson Sott Daldegan

ASSUNTO: Solicitação (faz)

Estamos realizando um projeto de pesquisa intitulada "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica" cujo objetivo geral é: Estudar significados e/ou vivências de pacientes com insuficiência cardíaca.

Cabe acrescentar que Renata Antonaccio é Mestra e Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF e é Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – SP.

Solicito apoio institucional de V.Sª para a realização da presente investigação, contando com o seu empenho no sentido de nos autorizar, no âmbito do Departamento de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, a realização da investigação e viabilizar o parecer do referido departamento por meio da assinatura do presente ofício para que possamos anexá-lo ao cadastro do projeto na Plataforma Brasil, conforme protocolo preconizado para investigações envolvendo seres humanos.

Aproveito a oportunidade para externar apreço e consideração e coloco-me ao seu inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Professora Renata Antonaccio
MESTRE EM ENFERMAGEM
COREN-MG 48621/UFJF

Renata Antonaccio

Professora da Disciplina Saúde do Adulto

Do Departamento EAP e Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual De Campinas – Unicamp

Recebi em: 05/05/15

Ciente Assinatura

Mara Lúcia Welerson S. Daldegan
ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TÉCNICA
COREN-MG 63797



Av. Rio Branco, n° 3353, Centro, Juiz de Fora, CEP 36.021-630

DECLARAÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora dispõe de espaço e infraestrutura física para viabilizar o processo de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulada: "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica" cujo objetivo geral é: Estudar significados e/ou vivências de pacientes com insuficiência cardíaca.

Cabe acrescentar que Renata Antonaccio é Mestra e Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF e é Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – SP.

Diante do exposto, considero compatível e viável que seja realizada a investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015

Mara Lúcia Welerson S. Daldegan
ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TÉCNICA
OAB RJ 63787

Enfermeira RT Mara Lúcia Welerson Sott Daldegan

Enfermeira Responsável Técnica da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora



Av. Rio Branco, nº 3353, Centro, Juiz de Fora, CEP 36.021-630

Of.04/2014

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015.

DE: Pesquisadora responsável pela investigação do Projeto de pesquisa "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica"
Profa. Ms. Renata Antonaccio

PARA: Sr. Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
Dr. Geraldo Antônio de Souza

ASSUNTO: Solicitação (faz)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica" cujo objetivo geral é: Estudar significados e/ou vivências de pacientes com insuficiência cardíaca.

Cabe acrescentar que Renata Antonaccio é Mestra e Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF e é Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – SP. Solicito apoio institucional de V.Sª para a realização da presente investigação, contando com o seu empenho no sentido de nos autorizar, no âmbito da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, a realização da investigação e viabilizar o parecer do referido hospital por meio da assinatura do presente ofício para que possamos anexá-lo ao cadastro do projeto na Plataforma Brasil, conforme protocolo preconizado para investigações envolvendo seres humanos.

Aproveito a oportunidade para externar apreço e consideração e coloco-me ao seu inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Renata Antonaccio

Professora da Disciplina Saúde do Adulto

Do Departamento EAP e Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual De Campinas - Unicamp

Professora Renata Antonaccio
MESTRE EM ENFERMAGEM
COREN-MG 489211/UFJF

Dr. Geraldo Antonio de Souza
DIRETOR CLINICO/TECNICO
CRM MG 6089

Recebi em: 09, 5, 15

Ciente Assinatura: [Assinatura]



Av. Rio Branco, nº 3353, Centro, Juiz de Fora, CEP 36.021-630

DECLARAÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora dispõe de espaço e infraestrutura física para viabilizar o processo de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulada: "Idosos com Insuficiência Cardíaca: significados atribuídos a sua condição patológica" cujo objetivo geral é: Estudar significados e/ou vivências de pacientes com insuficiência cardíaca.

Cabe acrescentar que Renata Antonaccio é Mestra e Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF e é Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – SP.

Diante do exposto, considero compatível e viável que seja realizada a investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015

Diante do exposto, considero compatível e viável que seja realizada a investigação.

Atenciosamente,

Dr. Geraldo Antonio de Souza
DIRETOR CLÍNICO/TÉCNICO
CRM MG 6089

Dr. Geraldo Antônio de Souza

Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Anexo 2. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Idosos com insuficiência cardíaca: significados da sua condição patológica".

Pesquisador: Renata Antonaccio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44967715.7.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.258.655

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto apresenta valor científico e o objeto de estudo está delineado. A revisão da literatura está atualizada.

Objetivo da Pesquisa:

Estão claros, definidos e apresentam compatibilidade com a proposta apresentada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informa que a pesquisa possui riscos mínimos e apresenta os benefícios que a pesquisa trará.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresentado está estruturado. O tema foi bem apresentado e subsidiado por referenciais pertinentes e atualizados. O tema é relevante. Objeto e objetivos do estudo estão claros. Metodologia descrita compatível com os objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo está bem escrito, com linguagem clara e possui todas as informações necessárias aos participantes da pesquisa. Informa que se preservará o anonimato e o sigilo das informações. A pesquisa é de risco mínimo e declara que o participante será ressarcido pelo pesquisador, caso se sinta prejudicado em participar da mesma.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.258.655

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513976.pdf	05/10/2015 10:07:20		Aceito
Outros	termosigilo.jpg	05/10/2015 10:05:30	Renata Antonaccio	Aceito
Outros	IMG_1517.JPG	04/08/2015 17:09:51		Aceito
Outros	IMG_1516.JPG	04/08/2015 17:07:46		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_1514.JPG	04/08/2015 17:05:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FORMATACÃO FEITA 18 JUNHO IDOSOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS A SUA CONDIÇÃO PATOLÓGICA (1).doc	16/07/2015 15:10:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-Termo-de-Consentimento-Livre-Esclarecido-24-02-15.doc	16/07/2015 14:47:30		Aceito
Outros	Aprovação da realização da pesquisa Diretor.pdf	09/05/2015 11:54:46		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.258.655

Outros	aprovação realização pesquisa RT.pdf	09/05/2015 11:54:02		Aceito
Outros	coleta dados pergunta.pdf	09/05/2015 11:52:45		Aceito
Outros	Infra estrutura diretor técnico.pdf	09/05/2015 11:52:08		Aceito
Outros	Infraestrutura RT.pdf	09/05/2015 11:51:23		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	09/05/2015 11:49:03		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 05 de Outubro de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br